

Bárbara Costa Pereira Antunes

Cancro e género: estilos de coping em homens com cancro da próstata e
mulheres com cancro da mama

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

Março 2006

Bárbara Costa Pereira Antunes

Cancro e género: estilos de coping em homens com cancro da próstata e mulheres com cancro da mama

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Dor.

Orientador: Prof. Doutor Francisco Luís Pimentel

Resumos

O objectivo deste trabalho é estudar as influências do género no processo de lidar com o cancro em homens que têm cancro da próstata e mulheres que têm cancro da mama, e comparar posteriormente os processos de coping desses homens e mulheres, com os de outros homens e mulheres com diferentes tipos de cancro. A amostra caracteriza-se por 4 grupos, constituídos por: 60 mulheres com cancro da mama (MCM), 43 mulheres com outros tipos de cancro (MOC), 55 homens com cancro da próstata (HCP) e 64 homens com outros tipos de cancro (HOC) fazendo um total de 222 doentes.

A recolha de dados demográficos e clínicos foi realizada através de uma entrevista semi-directiva; a recolha das estratégias de coping foi feita através do Brief COPE, uma adaptação do COPE Inventory feita para a população portuguesa (Ribeiro, J. L. Pais & Rodrigues, A. P.) que apresenta 14 escalas, todas elas avaliando diferentes dimensões do processo de coping. Os resultados deste estudo sugerem que existem diferenças significativas, quanto ao género, no uso das estratégias de coping.

Abstract

The aim of this study is to increase the knowledge of gender influences in coping with cancer, by comparing coping strategies in men with prostate cancer and women with breast cancer, followed by a comparison of those two groups and other men and women with different types of cancer. Our sample has 222 individuals divided into four groups: 60 women with breast cancer (WBC), 43 women with other types of cancer (WOC), 55 men with prostate cancer (MPC) and 64 men with other types of cancer (MOC). Demographic as well as clinical information was assessed by an interview. Coping strategies were assessed using the Brief COPE (Carver, 1997) adapted for the Portuguese population (Ribeiro, J. L. Pais & Rodrigues, A. P., 2005). The results of this study suggest that there are significant differences, when it comes to gender, on the use of coping strategies.

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Francisco Luís Pimentel, pelo apoio, por ter acreditado e valorizado este trabalho, por indicar as soluções adequadas para além de ter aberto caminho para novas experiências que em muito contribuíram para a minha formação.

A todos os profissionais do Serviço de Oncologia do Hospital de São Sebastião, de Santa Maria da Feira, com quem convivi durante seis meses e que tão bem me receberam, facilitando-me a estadia.

Ao Professor Caldas - “co-orientador não oficial” - pela disponibilidade e simpatia em todos os momentos que o procurei.

Ao Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro pelo envio do artigo que lhe solicitei.

À minha irmã, por ser um exemplo da força de vontade e me lembrar, nos momentos cruciais, que nunca devemos desistir de perseguir os nossos sonhos.

Mas, sobretudo, aos meus Pais. Por tudo. Pelo apoio, pela tenacidade, pelo exemplo de integridade, pelos sacrifícios, pela inteligência e por esta oportunidade.

Índice Geral

Capítulo I

Introdução _____	pág. 1
- Nota introdutória	pág. 1
- Dor	pág. 2
- Cancro e género	pág. 4
- Cancro da mama	pág. 6
- dados epidemiológicos	pág. 7
- tratamento e efeitos adversos	pág. 8
- Cirurgia	pág. 8
- Radioterapia	pág. 9
- Quimioterapia e Hormonoterapia	pág. 9
- Cancro da próstata	pág. 11
- dados epidemiológicos	pág. 13
- tratamento e efeitos adversos	pág. 13
- Cirurgia	pág. 13
- Radioterapia	pág. 13
- Quimioterapia e Hormonoterapia	pág. 14
- complicações no diagnóstico	pág. 14
- Coping	pág. 15
- evolução de conceito	pág. 15
- conceito actual e funções	pág. 17
- coping e ajustamento ao cancro	pág. 21
- determinantes de coping	pág. 22

Capítulo II

Objectivos _____	pág. 24
------------------	---------

Capítulo III

Métodos _____	pág. 26
- amostra	pág. 26
- selecção e caracterização da amostra	pág. 26
- material	pág. 27
- Brief COPE	pág. 27
- Entrevista semi-directiva	pág. 28

Capítulo IV

Resultados _____	pág. 30
- características demográficas da amostra	pág. 31
- Características clínicas da amostra	pág. 36
- Análise da variância	pág. 40

Capítulo V

Discussão _____	pág. 64
- variáveis demográficas e coping	pág. 65
- variáveis clínicas e coping	pág. 67

Capítulo VI

Conclusão _____	pág. 72
-----------------	---------

Bibliografia _____	pág. 73
--------------------	---------

Anexos

Capítulo I

Introdução

Nota Introdutória

Este trabalho está dividido em seis partes. A 1ª parte, Introdução, encerra o conceito de “Dor”; em seguida, relacionam-se os conceitos “cancro” e “género”, fazendo referência aos cancros da mama e próstata, e, à feminilidade e masculinidade. Abordam-se depois, mais especificamente, o cancro da mama, fazendo referência a dados epidemiológicos, tratamentos e efeitos adversos, e o cancro da próstata, referenciando-se igualmente dados epidemiológicos, tratamentos adversos e complicações no diagnóstico. Finalmente, é descrita a evolução, o conceito actual e as funções de “coping” e seus determinantes, assim como a utilização deste conceito na oncologia.

A 2ª parte é constituída pelos objectivos deste trabalho.

Os métodos constituem a 3ª parte. São descritos os participantes do estudo, nomeadamente selecção e caracterização da amostra, e os instrumentos utilizados: entrevista semi-directiva e questionário de estilos de coping.

Segue-se a 4ª parte onde são apresentados os resultados obtidos. A 5ª parte é constituída pela discussão dos resultados, onde são também abordadas as limitações do estudo, que precede a conclusão, 6ª e última parte deste trabalho.

Dor

“A dor física influencia a dor psicológica e vice-versa, pois a definição actual de saúde propõe como saúde um estado completo de bem-estar biopsicossocial (...). (...) não podemos assim dissociar o tipo de dor psicológica ou física (crónica ou aguda) da percepção subjectiva do sofrimento (padecimento dessa dor). A noção de dor e sofrimento ao nível psicológico está normalmente mais associada à ansiedade disfuncional, isolamento e depressão. Estes factores podem por eles próprios levar a um sofrimento intenso (...). Contudo, todos estes factores interferem ainda na dor física, agravando a intensidade e desencadeando patologias em estado de remissão, fazendo surgir dores”. (Dupuis, Michel e col., 2001, pág 184).

Segundo os mesmos autores, existem falsos conceitos na área de dor. Por exemplo, o que dói mais tem maior gravidade; ou, a persistência de dor de origem não determinada é devida a cancro; ou ainda, numa neoplasia a presença de dor é sempre sinal de recidiva ou progressão da doença. Sabe-se, no entanto, que, do mesmo modo que dor não implica lesão, também uma lesão não implica obrigatoriamente dor, ou seja, pode haver lesões, muitas vezes graves (neoplasias, por exemplo) que não produzem dor, não devendo esta ser encarada simplesmente como resultante do processo físico da lesão.

A dor é influenciada por variáveis ambientais, culturais, sociofamiliares e psicológicas. Entre os factores psicológicos, ressaltam os cognitivos, que influenciam os comportamentos de dor e podem ter origem por exemplo na cultura, em crenças, nas informações ou distorções cognitivas. Assim, cada pessoa dispõe de padrões e estratégias resultantes das experiências e da aprendizagem social, quando enfrenta uma situação de dor. Se a dor não é resolvida com as primeiras soluções encontradas e persiste, podem, por exemplo, surgir cognições irracionais e/ou disfuncionais, como catastrofização, atenção selectiva na dor ou preocupação somática e desmoralização, que contribuem para determinados comportamentos mal adaptados, maior sofrimento e amplificação da dor. (Dupuis, Michel e col., 2001).

É no contexto do processamento activo de informação (interna e externa) que as pessoas elaboram os significados de dor, assim como a antecipação das suas consequências e comportamentos. Da mesma forma, os doentes elaboram expectativas pessoais face à sua evolução e tratamentos. Pode então dizer-se que a actividade mental cognitiva relacionada com a dor tem a maior importância na evolução adaptativa da pessoa à dor e circunstâncias envolventes desta (Dupuis, Michel e col., 2001).

Segundo os mesmos autores não existem dois casos iguais, pois a informação que uma pessoa possui sobre as doenças poderá ser usada tanto no sentido de maior preocupação como no de maior colaboração e compreensão da dor. Assim, pensa-se que as cognições do doente terão influência psicofisiológica na dor e por isso a sua detecção, avaliação e intervenção terapêutica são fundamentais. Neste contexto cognitivo torna-se fundamental discutir a questão do sofrimento, quase sempre associado à dor e confundido com ela, devido às raízes da história cultural e religiosa do Homem. Fala-se do sofrimento ou da dor nos mais variados contextos como pobreza, opressão, religião, catástrofes, em que não há qualquer dor do ponto de vista clínico ou biomédico. O que têm de semelhante e comum com a dor é a emoção negativa, desagradável, ou de ameaça que estas e muitas outras situações desencadeiam no homem. Podemos sofrer sem ter dor ou ter dor sem sofrimento, pois o sofrimento não é a dor, mas é causado pela dor, sobretudo quando ela se associa a contextos de perda, com ameaça da integridade do homem nas várias dimensões biológica, psicológica ou social. .

O sofrimento é um aspecto cognitivo da dor adquirindo um carácter multifacetado, onde intervêm os aspectos físicos do estímulo nódico e as funções cognitivas, afectivas e motivacionais do indivíduo. O resultado é um comportamento baseado na interpretação do fenómeno doloroso, influenciado por experiências passadas e determinado pelas circunstâncias presentes. A importância da dor e conseqüente sofrimento decorrem do significado que quem a sofre lhe atribui. Não se verificando uma relação de causalidade entre lesão e dor, a abordagem clínica desta exige necessariamente uma reflexão muito mais abrangente, explorando outras dimensões para além do simples relacionamento sintomático com uma lesão subjacente (Dupuis, Michel e col., 2001).

Cancro e Género

“Da mesma forma que o cancro da mama é o maior medo para a maioria das mulheres, o cancro da próstata é o maior medo para a maioria dos homens. Ambos trazem em si não só o medo da morte e do sofrimento, como todo o cancro, mas medos que tocam no próprio cerne da sexualidade, naquilo que faz o homem sentir-se homem e a mulher sentir-se mulher.” (in Gianini, 2002, pág 5-6). Segundo o mesmo autor, nos homens com cancro da próstata os tratamentos acarretam os conhecidos riscos da incontinência e da impotência que atingem a essência da “masculinidade”, do seu orgulho e prazer de viver. No cancro da mama, um dos principais tratamentos, a mastectomia, remete inevitavelmente à perda de uma parte do corpo tão valorizada socialmente, símbolo de atracção sexual, de feminilidade e de maternidade para a mulher. Observa-se então, um profundo impacto psicossocial a partir de uma alteração corporal que, às vezes, impede que o indivíduo olhe o próprio corpo modificado, mutilado, e tenha dificuldades em se expor ao parceiro, com a possibilidade de que esta restrição se possa estender aos contactos sociais. Sofrer estes conflitos emocionais leva a uma situação de desamparo, invasão, exposição física, perda de auto-estima, dos vínculos e do sentido da vida, trazendo indiferença e desespero.

No estudo *Cancro e Género: Enfrentamento da doença* Gianini (2002) defende que o género parece ser um factor moderador importante na doença, com efeitos complexos sobre a capacidade de coping, pois o indivíduo confronta-se com as “normas de género”, papéis pré-determinados e imposições sociais que indicam quais as funções e comportamentos que devem ser assumidos em função do género, que, por sua vez, podem inibir a participação activa no tratamento. Assim, talvez devido ao tipo de socialização e rede social maior, parece ser mais fácil para as mulheres expressarem as suas emoções e falarem com outras pessoas sobre a sua doença, em comparação com os homens que tendem a reagir à doença adoptando comportamentos de risco para a saúde, evitando o contacto com as emoções intensas que o diagnóstico da sua doença suscita. Também Zakowsky e col. (2003) concluem que os homens são mais vulneráveis às imposições sociais, o que dificulta a sua expressão emocional e o contacto com os seus sentimentos.

Nas culturas ocidentais, as diferenças de género são fundamentais na escolha quer de estratégias de coping, quer de estilos, em relação ao cancro. Homens e mulheres utilizam diferentes formas de adaptação psicossocial nas diferentes etapas do tratamento oncológico, na reabilitação e num novo significado da sua própria vida (Gianini, 2002). O estudo de diferenças de género na utilização de estratégias de coping torna-se então importante para a

compreensão dos processos cognitivos e dos factores sociais e interpessoais que afectam o desenvolvimento e o ajustamento do indivíduo no momento em que recebe a notícia da sua doença e nos vários momentos que se seguirão (construção da experiência do adoecer, mobilização de forças para lidar com a doença, mobilização de forças para recuperar a saúde ou não). “O coping é uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses acontecimentos.

Se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados a longo termo serão positivos ou, dito de outra maneira, o processo de coping teve efeitos adaptativos” (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Segundo Sala (2000) os quadros depressivos como produto de situações stressantes e os estilos de coping que os pacientes utilizam quando confrontados com uma doença grave, neste caso o cancro, podem influenciar na resposta a tratamentos, tempo de vida e sobrevivência. É importante conhecê-los, distingui-los e saber como trabalhar com eles a favor do paciente.

Cancro da mama

O cancro da mama é uma doença potencialmente mortal, que estigmatiza a doente enquanto mulher e desagrega o funcionamento biopsicossocial da doente, o que conduz à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas (Dias & Durá, 2002). O prognóstico é geralmente incerto e os tratamentos extremamente agressivos, podendo estes provocar mutilações ou cicatrizes irreversíveis, quer físicas, quer psicológicas. Desta forma, a mulher está exposta a alterações na sua imagem corporal (Schover, 1991), o que implicará mudanças na sua vida emocional, pessoal, familiar e quotidiana (Faria & Xarepe, 2000; Houts, Ruseñas, Simmonds & Hufford, 1991; Tross & Holand, 1989).

As doentes oncológicas apresentam maior probabilidade de sofrer alterações nos domínios comportamental, cognitivo e emocional. Entre os sintomas psicológicos, predominam a ansiedade, a angústia, o medo e a depressão, para além das perturbações psicossomáticas, stress pós-traumático e auto-conceito negativo (Almeida, Reis & Norton, 2000; Massie, 1989; Northhouse, 1995; Vedhara et al., 2001). De um modo geral, estes transtornos são antecidos pela denegação do problema, por uma preocupação acrescida com o futuro e sensações de desespero, o que poderá conduzir a uma crescente dificuldade de enfrentar a problemática em questão (Dias & Durá, 2002).

A interacção dos intervenientes no funcionamento do dia a dia revela-se de grande importância, principalmente quando se identifica um diálogo de constrangimentos estruturais e situacionais que implicam a desintegração familiar e o medo sobre os acontecimentos futuros, sempre desconhecidos (Lewis, Ellison & Woods, 1985), nomeadamente receios pessoais, familiares, sociais, sintomáticos, laborais, financeiros e religiosos, bem como existenciais e de dependência (Dias & Durá, 2002).

No constructo das diferentes preocupações, reforçam-se as pessoais que, aliadas à auto-imagem, nos remetem para medos ou fantasias mais recalcadas, capazes de “comprometer” a relação conjugal, da qual a sexualidade, a intimidade, a comunicação e a alteração de papéis, tendem a ser o foco destrutivo do comportamento em relação ao humor e aparência (Lewis, Ellison & Woods, 1985; Schover, 1991). “Não será, pois, de surpreender que o «bem parecer» seja uma das condições que, «hierarquicamente», possa intervir nos outros domínios, dado que a existência feminina parece estar intimamente ligada às vertentes maternal e sexual, em que o órgão simbólico privilegiado é a mama, ou não seja este o que amamenta e remete para a psicosssexualidade” (Oktay, 1998 *in* Dias & Durá, 2002).

Dados Epidemiológicos

O cancro da mama representa, nos países da União Europeia, 24% das doenças neoplásicas e 19% das mortes por cancro (Lopes, 2004). Em Portugal, o cancro da mama é o tumor maligno que apresenta a maior taxa de incidência (55,3) e a primeira causa de cancro na mulher (Globocan, 2000 *in* Lopes 2004). De referir que 48% dos tumores surgem em idade compreendidas entre os 49 e 69 anos, o que aponta para a necessidade das actividades de rastreio privilegiarem este grupo etário (Gouveia, Silva & Veloso, 1993 *in* Lopes, 2004).

Estes números reflectem um aumento da incidência desta doença. No entanto, a taxa de mortalidade global permanece estacionária, desde os anos 50 (Hortobagyi & Buzdar, 1995 *in* Lopes, 2004). Tal facto deve-se, fundamentalmente, ao aperfeiçoamento técnico e uso crescente da mamografia, com a consequente detecção e tratamento mais precoces desta doença (Bland & Copeland, 1993 *in* Lopes, 2004).

Em Portugal cerca de 3500 mulheres surgem com cancro da mama, em cada ano. Contudo, pode ser curado se for detectado precocemente. Por esta razão, o Programa “Europa contra o Cancro”, organizado pela União Europeia, tem vindo a desenvolver campanhas de informação em larga escala, dedicadas ao cancro feminino.

Tratamento e efeitos adversos

O conhecimento e compreensão das repercussões de cada tratamento, bem como dos factores que favorecem o processo de adaptação a estes acontecimentos, constituem um passo fundamental na definição de estratégias visando o bem-estar dos doentes.

O tratamento do cancro da mama localizado, ou com extensão para os gânglios axilares, tem tido alterações significativas desde a década de 80. Durante este período, a percentagem de doentes com lesões precoces tratadas com mastectomia radical diminuiu consideravelmente. Por outro lado, verifica-se uma tendência no sentido de um uso mais generalizado da radioterapia. Esta mudança é paralela à introdução de terapias adjuvantes sistémicas mais incisivas, mesmo nos estádios mais iniciais da doença (Lopes, 2004).

Cirurgia

Existem dois grandes tipos de cirurgia para o tratamento do cancro da mama: cirurgia conservadora e radical (mastectomia). A primeira envolve a excisão completa do tumor e de uma margem variável de tecido circundante. Na maioria dos casos, esta intervenção é completada com a dissecação dos nódulos linfáticos axilares. A segunda implica a remoção completa da mama, podendo ocorrer, ou não, dissecação parcial ou total dos gânglios axilares, e preservação ou dissecação dos músculos pequeno e grande peitoral (seguida ou não de reconstrução mamária imediata ou diferida) (Lopes, 2004).

O tratamento dos gânglios axilares tem como objectivo promover o controlo locoregional da doença, já que a probabilidade de recorrência axilar diminui quando o conteúdo da axila é removido (Moffat et al., 1992). Este procedimento fornece dados importantes para a definição do prognóstico da doença e planificação do tratamento subsequente (caso seja necessário) (Whitworth, McMasters, Tafra & Edwards, 2000).

No decorrer de uma mastectomia, é importante que a doente seja informada dos riscos de morbilidade associados ao tratamento, pois, ao proceder-se à dissecação axilar, poderá ocorrer lesão dos nervos dos músculos pequeno e grande peitoral, o que limita os movimentos de abdução e rotação interna do braço – do grande dentado, pois a sua secção pode conduzir a incapacidade permanente com escápula alada e apraxia do ombro. Saber que poderá

experimentar dor ou limitações físicas permite, muitas vezes, uma maior previsão e controlo destes sintomas (Hack, Cohen, Katz, Robson & Goss, 1999 *in* Lopes, 2004) (¹).

Radioterapia

O tratamento por irradiações é recomendado, sempre após cirurgia conservadora, mas também em alguns casos após a mastectomia, de modo a esterilizar eventuais focos residuais de doença invasiva (microscópica) no tecido restante. As doentes que têm quatro ou mais gânglios positivos deverão, ainda, ser submetidas a irradiação na axila e região supraclavicular (Mora, 1999).

A radioterapia é administrada diariamente, por um período de três a seis semanas. Os efeitos a curto prazo incluem fadiga e eritema da pele. A administração de doses excessivas de radiação ou a distribuição não homogénea da intensidade da radiação podem causar edema no braço ou mama, mastite dolorosa e fibrose mamária.

Terapêutica sistémica: quimioterapia e hormonoterapia

A utilização da terapia antiestrogénica com tamoxifeno e/ou quimioterapia adjuvante reduz significativamente as taxas de recorrência e morte. O tamoxifeno exerce, ainda, uma acção profiláctica importante, diminuindo o risco de recidiva local ou de um segundo tumor na mama contralateral (²) (Lopes, 2004).

Quimioterapia

Dados os efeitos adversos da quimioterapia, é fundamental identificar as pacientes que apresentam um risco considerável de recidiva, após o tratamento primário. A análise de

¹ Desde que clinicamente possível, a mastectomia deve ser executada com uma incisão cutânea transversal ou oblíqua. Assim, a doente pode usar blusas com manga cavada, sem que a porção medial da cicatriz seja visível. Lateralmente, esta incisão não deve ser prolongada até ao ápice da axila porque a cicatrização dos tecidos pode limitar a mobilidade do braço e ombro (Lopes, 2004).

² O tamoxifeno é um produto que tem propriedades antiestrogénicas. Este antagonista hormonal bloqueia os receptores tumorais de estrogénio, impedindo a acção destes na proliferação celular.

sofisticados indicadores de prognóstico (genéticos, bioquímicos e histopatológicos) permite uma selecção criteriosa das doentes que beneficiam de terapia sistémica (³).

A terapia sistémica adjuvante é recomendada no tratamento de pacientes com gânglios positivos (tumores com metástases axilares) ou de doentes com gânglios negativos, mas que apresentam lesões consideradas de risco (Norum, 2000).

A toxicidade associada a estes fármacos é considerável. Por exemplo, o tratamento com citostáticos sistémicos pode causar náuseas e vómitos, anorexia, leucopenia, mielosupressão, alopecia e fadiga (Fish & Lewis, 1999; Meyerowitz, watkins & Sparks, 1983^a). Alguns destes sintomas são reversíveis com a suspensão da medicação. A doxorrubicina, por exemplo, pode provocar miocardiopatia com efeitos colaterais cumulativos.

Hormonoterapia

A principal vantagem da terapêutica hormonal, como por exemplo o tamoxifeno, em relação à quimioterapia, é o menor risco de toxicidade e complicações. No entanto, pode ocorrer uma exacerbação da dor óssea com indução de hipercalemia. De um modo geral, este efeito é de curta duração. Algumas pacientes referem náuseas quando iniciam o tratamento, e sintomas menopáusicos (e.g., afrontamentos transitórios e diminuição da lubrificação vaginal). O aconselhamento médico é importante na preparação psicológica da doente para as mudanças que poderão ocorrer no seu corpo (Carpenter, 2000; Holland & Lesko, 1990).

O uso de tamoxifeno é actualmente preconizado por um período igual ou superior a cinco anos. No entanto, a administração prolongada deste fármaco envolve alguns riscos. As principais complicações que podem surgir são o tromboembolismo (com uma mortalidade de 0,04%) e o cancro do endométrio (1% aos cinco anos).

³ Um dos factores de prognóstico mais significativo no cancro da mama é o envolvimento ganglionar pela neoplasia. Todavia, existem outras variáveis determinantes como, por exemplo, o grau de diferenciação histológica, dimensões do tumor, grau nuclear, receptores hormonais e idade da doente.

Cancro da Próstata

O aumento da esperança de vida da população é um factor que contribui, sem dúvida, para o aumento da incidência do cancro da próstata. Também é verdade que hoje em dia há mais informação acerca deste assunto e os homens começam a imitar as mulheres criando grupos de apoio e actividades relacionados com temas sobre qualidade de vida (Dias & Durá, 2002). Neste sentido, é fundamental ter em conta o problema sexual que pode ocorrer devido ao cancro da próstata. Para além da humilhação que os doentes podem sentir devido às perdas de urina, podem sentir angústia e humilhação mais graves face à possibilidade de não conseguirem manter uma erecção. Num estudo de Zinreich (Zinreich et al., 1990) observa-se que a escolha entre fazer ou não fazer a terapêutica recomendada, supõe, por vezes, a valorização de uma área da qualidade de vida (neste caso a actividade sexual), em detrimento das probabilidades de sobrevivência. Isto é fundamental, visto que é o doente que deve decidir o que significa e qual a importância da sexualidade na sua vida (por exemplo, é frustrante, quer para o homem, quer para a sua companheira, experimentar, sem “aviso prévio” a impossibilidade de erecção). A informação detalhada sobre as repercussões de cada tipo de tratamento é sempre fundamental.

O cancro da próstata é predominantemente um tumor de homens idosos, que frequentemente responde a tratamento quando é generalizado e pode ser curado quando é localizado. A velocidade de crescimento do tumor varia entre: muito lenta a moderadamente rápida, e alguns doentes poderão ter uma sobrevida prolongada, mesmo após o cancro ter metastizado para locais distantes como o osso. Pelo facto de a idade média de diagnóstico ser 72 anos, muitos doentes, especialmente aqueles com tumor localizado, poderão morrer de outras doenças, sem nunca sofrerem de disfunções significativas devido ao seu cancro. A decisão quanto ao tipo de tratamento é influenciada pela idade e co-morbilidade. Os efeitos secundários dos vários tratamentos deverão ser levados em consideração aquando da selecção do método de tratamento mais apropriado. Continua a haver controvérsia no que diz respeito ao valor dos meios auxiliares de diagnóstico, ao momento de avaliação mais apropriado (em termos de decidir o que se vai fazer a seguir) e o melhor tratamento a seguir mediante a fase de desenvolvimento do tumor (Garnick, 1993).

Um ponto complicado de qualquer análise de sobrevivência após tratamento de cancro da próstata e comparação das diferentes estratégias de tratamento, é a evidência do aumento de diagnósticos de tumores não letais, à medida que os métodos de diagnóstico vão mudando ao longo do tempo (Helgesen, F.; Holmberg, L.; Johansson, J. E. et al., 1996).

A sobrevivência de um doente com cancro da próstata está directamente relacionada com a extensão do tumor. Quando o cancro está confinado à glândula prostática, o tempo de sobrevivência ultrapassa os cinco anos, havendo uma probabilidade de cura superior a 90%. Grande parte dos doentes com cancro avançado, mas localizado, morrerá devido a esse tumor, pois normalmente não é curável, embora o tempo médio de vida possa atingir os cinco anos. Se o cancro já se espalhou para outros órgãos, nenhuma terapia o curará. O tempo médio de sobrevivência é entre 1 a 3 anos, e a maioria dos doentes morrerá devido ao cancro. Outros factores que afectam o prognóstico destes doentes são: o grau histológico do tumor, a idade do doente, outras doenças e o nível do PSA, pois tumores pouco diferenciados, muitas vezes já metastizaram aquando do diagnóstico e estão associados a um prognóstico reservado. Para doentes tratados com radioterapia, a combinação do grau histológico com o Gleason score e os níveis da PSA antes do tratamento podem ser usados para obter com maior exactidão o risco de recaída (Pisansky, T. M.; Kahn, M. J.; Rasp, G. M. et al, 1997).

Segundo os mesmos autores, tratamentos “definitivos” são normalmente considerados para homens mais novos com cancro da próstata e sem outras doenças, pois esses homens têm maior probabilidade de vir a falecer devido ao cancro que homens mais velhos ou homens com doenças graves.

Dados Epidemiológicos

Estimam-se cerca de 232.090 novos casos de cancro da próstata nos EUA em 2005, e cerca de 30.350 óbitos (American Cancer Society, 2005). 33% dos homens com cancro têm cancro da próstata, sendo esta a segunda causa de morte neste grupo, cerca de 10% (a primeira causa é cancro do pulmão).

O cancro da próstata é raramente visto em homens com idade inferior a 50 anos; no entanto, a incidência aumenta rapidamente a cada década que passa (National Cancer Institute, 2004).

Tratamento e efeitos adversos

Cirurgia

Complicações de prostatectomia radical podem incluir, para além de morbilidade associada a anestesia geral, incontinência urinária, incontinência fecal, impotência e constrição da uretra, cuja incidência varia com o método cirúrgico (Bishoff, Motley, Optenberg, et al, 1996) Num estudo feito nos EUA, cuja amostra era constituída por 907 doentes submetidos a prostatectomia radical pelo menos um ano antes do estudo, 32% dos homens submetidos a prostatectomia radical perineal (mantém nervos intactos, o que permite ter erecção) e 17% dos homens submetidos a prostatectomia radical retropúbica, comunicaram episódios esporádicos de incontinência fecal. 10% comunicaram incontinência fecal moderada e 4% grave. Menos de 15% dos homens com incontinência fecal deram a conhecer esse problema a um médico ou ao seu cuidador.

Radioterapia

Complicações da radioterapia podem incluir cistite aguda, rectite e por vezes enterite. Estas complicações são geralmente reversíveis, mas podem tornar-se crónicas e raramente são mortais. A capacidade de erecção é mantida na maior parte dos casos, mas poderá diminuir com o passar do tempo (Hamilton, Stanford, Gilliland, et al, 2001).

Quimioterapia

Esta terapêutica é reservada para situações de insucesso da hormonoterapia, e globalmente tem o mesmo tipo de problemas, já referidos na terapêutica sistémica de quimioterapia para o cancro da mama.

Hormonoterapia

Existem várias escolhas das quais doentes em diferentes estádios da doença podem beneficiar, entre elas: orquiectomia bilateral, estrogénios, agonistas LHRH e antiandrogénios. As desvantagens incluem efeitos psicológicos por vezes devastadores, perda da libido, impotência, “calores” e osteoporose (Daniell, 1997). As complicações dos estrogénios passam também por perda da libido, impotência, ginecomastia, assim como enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e tromboembolismo pulmonar, sendo por isso raramente usado.

Tem sido recentemente utilizada a braquiterapia que comporta uma menor incidência de efeitos laterais e que passa pela implantação intersticial de radioisótopos, em doentes cuidadosamente seleccionados. Esta terapêutica tem demonstrado uma melhoria da sobrevivência, mas não da cura (Daniell, 1997).

Complicações no diagnóstico

As medições feitas no plasma do antígeno específico da próstata (PSA ou hK3) dão oportunidades únicas na oncologia urológica, comparando com outras áreas da oncologia onde os marcadores de tumores com a mesma eficácia numa fase precoce de detecção e monitorização da doença e das respostas terapêuticas, ainda não estão disponíveis (Kurth, Mickisch, & Schröder, 2001). Segundo os mesmos autores, esta técnica ainda não é suficientemente sensível e específica para ser considerada ideal. Os esforços para melhorar esta técnica têm-se focado principalmente na melhoria da especificidade, pois os testes com resultados falsos-positivos criam ansiedade nos doentes e são caros, visto que é necessário repetir a análise, fazer vários exames aos doentes – ecografia transrectal, antibióticos, biópsia e consequente análise do tecido retirado. Os falsos negativos podem ser menos ansiogénicos, embora seja necessário enfatizar que não existem meios, neste momento, para discriminar homens com tumores com velocidade de crescimento lenta e que poderão não necessitar de tratamento curativo, e aqueles que poderão eventualmente morrer devido a um tumor agressivo e de rápida progressão que não foi tratado.

Coping

Evolução do conceito

A ideia de coping até à década de 70 baseia-se na tradição da psicologia do ego de inspiração psicanalítica, que concebe e estuda mecanismos estáveis de lidar com o meio (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Freud (1933) designava por mecanismos de defesa os processos inconscientes a que os indivíduos recorriam para lidar com as ameaças internas ou conflitos sexuais e agressivos. Para Freud todos os mecanismos de defesa eram patológicos (Parker & Endler, 1992). Estes autores explicam que, em textos posteriores, Freud dividiu os mecanismos de defesa em primários e secundários, considerando uns mais patológicos e primitivos do que outros. A evolução destes conceitos leva a que os mecanismos de defesa sejam considerados como adaptativos ou não adaptativos e os comportamentos a eles associados como rígidos, inadequados à realidade externa, originários de questões do passado e derivados de elementos inconscientes (Antoniazzi Dell’Aglia Bandeira, 1998).

Quanto aos comportamentos associados ao coping, os mesmos autores explicam que estes foram classificados como mais flexíveis e propositados, adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes. Os estilos de coping são considerados tendo como base a dicotomia Saúde versus Psicopatologia. Na evolução deste modelo, Haan (1977), designa por coping, os processos maduros e saudáveis do ego; por defesa, os processos de ego neuróticos; e por ego-falhado, as formas de adaptação fragmentadas ou desorganizadas. Este modelo tende a gerar tipologias estáticas de coping, estilos (estáveis) de acção que dificultam a compreensão do fenómeno, da sua dinâmica, e não consideram a complexidade das interacções do indivíduo com situações stressantes específicas (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A partir da década de 70, coping passa a ser considerado fundamentalmente como um processo de resposta consciente ou uma reacção a um acontecimento externo negativo (em oposição a interno de Freud) ou stressante (Parker & Endler, 1992). Esta nova tendência tenta enfatizar os comportamentos de coping e os seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls, David & Harvey, 1996 *in* Antoniazzi Dell’Aglia Bandeira, 1998) e o conceito de coping passa a ser considerado como um processo transaccional entre o indivíduo e o ambiente, dando ênfase quer ao processo, quer aos traços de personalidade (Folkman e Lazarus, 1985).

O DSM-IV apresenta os conceitos de coping e mecanismos de defesa como sinónimos “Defense mechanisms (or coping styles)” (APA, 1994, p.751). Gelder, Gath, Mayou e Cowen (1996) explicam que, tanto as estratégias de coping como os mecanismos de defesa podem reduzir os efeitos de emoções fortes provocadas por stressores. Os mesmos autores explicam que o termo “estratégias de coping” provém da investigação na psicologia social e aplica-se a actividades sobre as quais o indivíduo está alerta ou consciente. Quanto ao termo “estilo de coping”, pode ser definido como o uso repetido de determinadas estratégias de coping. O termo “mecanismos de defesa” provém dos estudos psicanalíticos referindo-se a processos mentais inconscientes. Por vezes, utiliza-se com o mesmo sentido, o termo “adaptação”, quando este se refere a processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos stressantes relacionados com doença crónica (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Conceito actual de coping e funções

Lazarus e Folkman (1984) definem coping como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em permanente mudança para lidar com exigências específicas internas e/ou externas, que são avaliadas como sendo impostas ou que excedem os recursos do indivíduo. Um coping adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado (Ribeiro & Rodrigues, 2004) e como evidência dessa adaptação observa-se no indivíduo “bem-estar”, “funcionamento social” e “saúde somática” (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985, p.770). Este conceito tem sido generalizado para o estudo do ajustamento a doenças crónicas e é considerado um factor crítico na mediação dos efeitos de acontecimentos de vida stressantes (doença) no processo de adaptação física e psicológica (Lampic, Wennberg, Schill, Glimelius, et al., 1994 *in* Lopes, 2004).

A definição de coping de Lazarus e Folkman (1984) baseia-se em quatro noções fundamentais: 1) coping é um processo orientado; 2) o sujeito lida com a situação, não a domina; 3) não existe uma classificação quanto à qualidade dos processos de coping; 4) existe uma distinção entre “lidar com”, que implica esforços cognitivos, e comportamentos adaptativos automáticos:

- 1) Coping orientado para o processo refere-se ao que um indivíduo pensa e faz num contexto específico (situação stressante ou vários estádios dessa situação) e no modo como esses pensamentos e acções se alteram à medida que a situação evolui. Esta abordagem difere da aproximação de traços, a qual procura identificar o que a pessoa frequentemente faz (ou provavelmente irá fazer). O coping, concebido enquanto processo, caracteriza-se por alterações dinâmicas que ocorrem de avaliações (e reavaliações) contínuas que o indivíduo faz da relação pessoa-situação. Alterações nesta relação podem resultar de esforços de coping que são dirigidos directamente para a modificação da situação ou esforços que são dirigidos directamente para a modificação do significado atribuído a esta. Tais alterações podem resultar, também, de mudanças na situação que são independentes do indivíduo. Assim, qualquer alteração na relação pessoa-situação conduz a uma reavaliação do que está a acontecer, do que isso significa e do que pode ser feito. Esta reavaliação influencia, então, os esforços de coping subsequentes.
- 2) As teorias tradicionais de coping associam frequentemente coping a controle ou domínio da situação, resultando numa confusão entre processos de coping e resultados. No modelo da psicologia do ego, o coping é definido como pensamentos e

actos realistas e flexíveis que conduzem a uma resolução dos problemas, reduzindo desta forma o stress. Os autores pretendem diferenciar coping de domínio ou controle da situação, através da expressão «lidar com», que pode incluir processos de minimização, tolerância ou aceitação.

- 3) A qualidade de uma estratégia de coping deve ser apenas julgada em termos dos resultados adaptativos, num determinado contexto, visto estar dependente do indivíduo, dos seus objectivos, dos resultados procurados e das suas preocupações (Ribeiro e Rodrigues, 2004) Por exemplo: o coping negação é habitualmente considerado um processo que representa um modo disfuncional de tentativa de adaptação primitivo, mas tem sido demonstrado que pode constituir uma resposta adaptativa, ou seja, funcional, em certas circunstâncias stressantes e de grande impacto emocional, tal como imediatamente após o diagnóstico de cancro (Watson et al., 1984 *in* Lopes, 2004), na tentativa de o indivíduo manter a sua estrutura interna intacta. Esta abordagem permite que os investigadores avaliem a eficácia das estratégias de coping contextualmente e numa base empírica.
- 4) As aproximações tradicionais de coping muitas vezes não distinguem entre respostas automáticas e aquelas que exigem esforço. Contudo, existe uma diferença significativa entre os estádios iniciais da aquisição de competências, que requerem esforços e são stressantes, e os estágios posteriores, nos quais as competências são automatizadas. Assim, os processos de coping referem-se sempre a uma mobilização de esforços, através dos quais o indivíduo irá empreender esforços cognitivos e comportamentais para lidar com (reduzir, minimizar ou tolerar) os acontecimentos internos ou externos que surgem da sua interacção com o ambiente. Salienta-se, assim, o processo, em vez do resultado (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Depois de ter sido definido coping, é importante diferenciar os conceitos de estilo e estratégias de coping que são frequentemente utilizados na literatura. Carver e Scheier (1994) definem estilo de coping como formas habituais de lidar com o stress, ou seja, tendência a utilizar uma reacção de coping em maior ou menor grau frente a situações de stress (e não em termos de preferência de um aspecto de coping sobre outros), o que não implica necessariamente a presença de traços subjacentes de personalidade que predispõem a pessoa a responder de determinada forma. Em vez disso, os estilos de coping podem reflectir a tendência a responder de uma forma particular quando confrontados com uma série específica de circunstâncias.

As estratégias de coping são os padrões que emergem como resultado do estilo de coping da pessoa e representam comportamentos, cognições e percepções que são utilizados para manter o equilíbrio face à doença (ou outros *stressores*). O objectivo de uma determinada estratégia de coping é designado por função de coping (Lopes, 2004).

Pearlin e Sclooler (1978 *in* Lopes, 2004) atribuem ao coping três funções principais:

- 1) gestão do problema que causa perturbação, através da eliminação ou alteração de condições que estão na origem deste, sendo referido na literatura como coping focado no problema;
- 2) reinterpretação do significado da experiência, de modo a que esta pareça menos ameaçadora, designando-se na literatura como reavaliação positiva e
- 3) controlo de emoções induzidas pela situação, ou coping focado nas emoções (e.g., Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Endler et al., 1998). As duas últimas funções são designadas por funções paliativas, em oposição a formas activas de coping que visam a resolução do problema.

Embora esta classificação constitua um passo importante na compreensão e avaliação dos processos de coping, não reflecte toda a complexidade do potencial humano para lidar com o stress. Folkman e Lazarus (1980), num estudo realizado com 150 indivíduos de ambos os sexos, demonstraram que as pessoas utilizam formas de coping centradas no problema e nas emoções em todas as potenciais situações de stress (e.g. perda de alguém próximo, problemas de saúde, problemas familiares ou com o trabalho). O uso de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de stressores envolvidos. Por outro lado, certas estratégias de coping foram identificadas como tendo várias funções simultaneamente. Por exemplo, a procura de informação tem uma função instrumental, se proporciona informação concreta que ajuda o indivíduo na resolução do problema. Todavia, desempenha, também, uma função paliativa, se o processo de procura de informação ajuda a pessoa a sentir-se apoiada emocionalmente.

Algumas estratégias de coping focadas no problema podem facilitar o coping focado nas emoções (e vice-versa). Por exemplo, um estado de intensa perturbação emocional poderá, de algum modo, bloquear possíveis esforços para a resolução do problema. Por outro lado, o coping focado no problema poderá conduzir a uma reavaliação da situação, conferindo-lhe um significado menos ameaçador, e deste modo facilitar o ajustamento emocional (Lazarus & Folkman, 1984). O coping focado na emoção pode facilitar o coping focado no problema, por remover a tensão e, similarmente, o coping focado no problema pode

diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional (Antoniuzzi Dell'Aglio Bandeira, 1998).

Apesar da maioria dos stressores apelar de igual modo para o recurso às referidas formas de coping, as pessoas variam os processos de coping de acordo com a avaliação que fazem da situação. Estratégias focadas no problema são usadas com maior frequência quando as situações são avaliadas como sendo passíveis de mudança, enquanto que as estratégias focadas nas emoções tendem a ser mais utilizadas nas situações avaliadas como inalteráveis (Carver e Scheier, 1994).

Coping e ajustamento ao cancro

Os pacientes com cancro têm sido recentemente objecto de inúmeras pesquisas com o objectivo de determinar os padrões de coping que são específicos neste grupo de doentes (e.g., Anagnostopoulos, Vaslamatzis & Markidis, 2004; Soliday, Garofalo, Smith, Prostko, Warner, 2004).

Embora cada indivíduo responda de diferentes formas ao diagnóstico e tratamento de cancro, este representa uma ameaça à vida e integridade da pessoa. É, então, necessário que as pessoas mobilizem recursos pessoais e sociais para preservarem a sua integridade física e psíquica (Lopes, 2004).

Rowland (1990 *in* Lopes, 2004)) refere que, independentemente da variabilidade das populações estudadas e das diferenças metodológicas, várias questões emergem da investigação sobre coping e adaptação ao cancro:

- 1) as estratégias ou estilos que promovem uma resposta activa (versus passiva e de desamparo) à resolução do problema e comportamento de coping são consistentemente identificadas como sendo as mais eficazes;
- 2) o coping é um processo dinâmico, mudando em função das circunstâncias e da avaliação contínua que o indivíduo faz da doença e do que esta significa em termos da sua sobrevivência, futuro, relações interpessoais, auto-estima e objectivos a atingir;
- 3) os indivíduos que exibem flexibilidade nos seus esforços estão melhor apetrechados para terem um coping eficaz. Este aspecto é uma consequência do que foi referido no segundo ponto, já que a adaptação à doença é necessariamente um processo dinâmico. A pessoa que é capaz de responder mais prontamente às exigências em mudança através da utilização de novas estratégias, irá lidar com maior eficácia face a estes acontecimentos;
- 4) a natureza e quantidade de suporte social disponível para apoiar o indivíduo na sua adaptação à doença, influenciam a sua capacidade de coping.

A avaliação da adaptação ao cancro é importante porque lhe está associada considerável morbidade psicológica, e existem algumas evidências que indicam que o tipo de coping é um importante determinante dessa morbidade (e. g. Hack & Degner, 2004; Sehlen et al., 2003 *in* Lopes, 2004). Por outro lado, investigações prévias sugerem a possibilidade das respostas psicológicas ao cancro poderem ser um factor de prognóstico, afectando a duração da sobrevivência. (e.g. Sala, 2000).

Determinantes de coping

Os factores situacionais, tais como: sintomas, localização do tumor e estágio da doença, tipo e evolução do tratamento realizado, curso da doença, são possíveis determinantes do comportamento de coping (Gianini, 2002). Dunkel-Schetter et al., 1992 (*in* Lopes, 2004) referem que as pessoas que têm um quadro médico grave (ou agudo) tendem a utilizar um repertório de estratégias mais amplo e diferenciado do que aquelas que apresentam um estado de saúde menos grave.

Em relação aos factores pessoais, são múltiplas as variáveis referenciadas na literatura: idade; estatuto sócio-económico e situação profissional; suporte social; competências e capacidades cognitivas; estado emocional; convicções e valores pessoais (tais como a moral, o significado atribuído à doença e crenças religiosas) e experiências prévias de coping (Beresford, 1994). Quanto ao género, Gianini (2002) refere que homens e mulheres são socializados de maneiras diferentes e que, como resultado de tal socialização do género, os indivíduos do sexo feminino e masculino desenvolvem diferentes formas de adaptação psicossocial nas diferentes etapas do tratamento, na reabilitação e na re-significação da sua própria vida.

Outros autores destacam como determinantes do coping as características da personalidade, como por exemplo a estrutura do ego e optimismo (e.g., Edgar et al., 1991; Epping-Jordan et al., 1999). De acordo com Edgar et al. (1991), as pacientes com cancro que têm uma personalidade pouco estruturada, tal como é avaliado por uma medida da robustez do ego (Ego Strength Scale, Brown & Gardner, 1982), apresentam níveis elevados de perturbação emocional e respondem favoravelmente às intervenções psicossociais. Em contrapartida, as pacientes que têm um ego bem estruturado lidam com o diagnóstico de cancro de um modo mais positivo e saudável e evidenciam níveis de depressão baixos, após o diagnóstico.

Capítulo II

Objectivos

O objectivo deste trabalho é estudar as influências do género no processo de lidar com o cancro em homens que experienciam cancro da próstata e mulheres que experienciam cancro da mama. Como objectivos específicos pretende-se:

- ampliar o conhecimento, na população, das influências do género no processo de “lidar com” o cancro
- analisar a questão do género a partir dos processos de coping no homem que experiencia cancro da próstata e na mulher que experiencia cancro da mama
- comparar os estilos de coping de homens com cancro da próstata e mulheres com cancro da mama com os estilos de coping de homens e mulheres com outros tipos de cancro.

Este trabalho tem como referência a teoria de stress e coping de Lazarus e Folkman (1984), que considera o diagnóstico de cancro um acontecimento stressante, repercutindo-se nas diferentes dimensões da vida dos doentes, cujo impacto é mediado pela utilização de estratégias de coping.

Capítulo III

Métodos

Trata-se de um estudo transversal que visa uma maior compreensão das influências do género na escolha das estratégias de coping face a uma situação de doença. Os estudos analítico-transversais procuram explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis, num único momento (Ribeiro, 1999).

Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 222 doentes (119 homens e 103 mulheres) distribuídos por quatro grupos:

- 55 homens com cancro da próstata (HCP)
- 64 homens com outros tipos de cancro (HOC)
- 60 mulheres com cancro da mama (MCM),
- 43 mulheres com outros tipos de cancro (MOC)

Todos os participantes tinham diagnóstico de cancro e estavam em tratamento ambulatorio no Hospital de São Sebastião (HSS), em Santa Maria da Feira, no Serviço de Oncologia, aquando da recolha dos dados. Estes foram efectuados entre Fevereiro e Julho de 2005. A triagem de casos foi feita pelos médicos daquele Serviço, com base na informação dos processos clínicos, no momento da consulta. A entrevista realizava-se durante o tempo de espera entre a recolha de sangue do doente e seus resultados laboratoriais. Foi explicado aos doentes o objectivo do estudo e assegurado o sigilo e confidencialidade das respostas, informação contida no consentimento informado (anexo 1).

Seleção e Caracterização

Os critérios de selecção da amostra foram os seguintes: diagnóstico de cancro (mama, próstata ou outro); conhecimento da doença, resultante da informação dada pelo médico oncologista; estar em tratamento (cirúrgico, hormonal, radioterápico ou quimioterápico); ter disponibilidade e consentimento informado (Anexo 1) para participar.

Quanto aos critérios de exclusão, foram: casos de recidiva; cura e que portanto já não se encontravam em tratamento; doentes com capacidades cognitivas alteradas e sujeitos iletrados, uma vez que o questionário utilizado era de auto-preenchimento.

Material

Brief COPE

Neste estudo utilizou-se o questionário Brief COPE adaptado para a população portuguesa (Ribeiro & Rodrigues, 2004), (Anexo 3) uma adaptação do COPE Inventory (Carver, 1989) com o objectivo de avaliar adequadamente estratégias de coping, da forma mais breve possível.

Esta versão reduzida apresenta 14 escalas, com dois itens cada escala, todas elas avaliando diferentes estratégias do processo de coping:

- 1) Coping Activo (iniciar uma acção ou fazer esforços para remover ou circunscrever o stressor);
- 2) Planear (pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de coping activos);
- 3) Utilizar Suporte Instrumental (procurar ajuda, informações, ou conselhos acerca do que fazer);
- 4) Utilizar Suporte Social Emocional (conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém);
- 5) Religião (aumento de actividades religiosas);
- 6) Reinterpretação Positiva (tirar o melhor partido da situação, crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável);
- 7) Auto culpabilização (culpabilizar-se e auto criticar-se pelo que aconteceu);
- 8) Aceitação (aceitar o facto de que o evento stressante ocorreu e é real);
- 9) Expressão de Sentimentos (aumento da consciência do stress emocional e tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos);
- 10) Negação (tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante);
- 11) Auto-distração (desinvestimento mental do objectivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado e/ou dormir);
- 12) Desinvestimento Comportamental (desistir - deixar de se esforçar - da tentativa de alcançar o objectivo com o qual o stressor está a interferir);
- 13) Uso de Substâncias (uso de medicamentos, álcool ou outras drogas, como um meio de desinvestir do stressor);
- 14) Humor (fazer piadas acerca do stressor).

Cada escala contém dois itens (28 no total). A resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas (de “0” a “3”); as respostas foram formuladas de maneira a responder à questão: como costuma lidar normalmente com os seus problemas desde que descobriu que

estava doente – coping traço ou disposicional). As alternativas são: “nunca faço isto”, “por vezes faço isto”, “muitas vezes faço isto” e “faço sempre isto”. O questionário é precedido por uma breve introdução em que se pede para responder sobre o modo como os sujeitos têm lidado com os problemas que têm surgido, desde que souberam que estavam doentes.

“Esta versão, pelo seu tamanho e pela variedade de estratégias de coping que apresenta, é uma boa escala para ser utilizada em investigação em contexto de saúde.” (Ribeiro J. L. Pais & Rodrigues A. P.)

Entrevista Semi-directiva

Foi também utilizada uma entrevista semi-directiva (anexo 2), que possibilitou a recolha de dados pessoais, de carácter sócio demográfico (idade, estado civil, tipo de coabitação, número de filhos, profissão, escolaridade) e dados clínicos (diagnóstico, há quanto tempo tinha sido diagnosticado, há quanto estava em tratamento, que tipo de tratamento já tinha feito e que estava a fazer no momento da entrevista e se gostaria de receber apoio psicológico).

A entrevista é constituída por perguntas directas, assim como perguntas com diferentes alternativas de resposta.

Capítulo IV

Resultados

Características Demográficas da amostra

A idade média da amostra total é de 58,48 anos com um desvio padrão de 12,27 anos (Quadro 1).

	Média de idades (anos)	Desvio Padrão (anos)
HCP	68,8	6,1
HOC	57,92	10,36
MCM	49,50	11,55
MOC	58,61	11,87
Total da amostra	58,48	12,27

Quadro 1 – média de idades

No Quadro 2 pode observar-se que a maioria dos doentes são casados. No caso dos HCP, a frequência é de 45 doentes casados, nos HOC a frequência é de 56, nas MCM de 43 e no grupo das mulheres com outros cancros a frequência é de 34.

	Casado N (%)	Solteiro N (%)	Divorciado N (%)	Viúvo N (%)	União de facto N (%)
HCP	45 (81,8)	1 (1,8)	2 (3,6)	7 (12,7)	0 (0)
HOC	58 (90,6)	2 (3,1)	3 (4,7)	1 (1,6)	0 (0)
MCM	43 (71,7)	8 (13,3)	4 (6,7)	4 (6,7)	1 (1,7)
MOC	32 (74,4)	1 (2,3)	2 (4,7)	8 (18,6)	0 (0)
Total da amostra	178 (80,2)	12 (5,4)	11 (5,0)	20 (9,0)	1 (0,5)

Quadro 2 – estado civil

Quanto ao tipo de coabitação, mais de metade dos HOC e das MCM vivem com os respectivos cônjuges ou companheiros/as e filhos. Da amostra total, apenas duas MCM vivem com pais e irmãos (Quadro 3).

	Sozinho N (%)	Cônjuge ou companheiro/a N (%)	Cônjuge ou companheiro/a e filhos N (%)	Filhos N (%)	Pais N (%)	Pais e irmãos N (%)	Outros N (%)
HCP	4 (7,3)	24 (43,6)	16 (29,1)	6 (10,9)	2 (3,6)	0 (0)	3 (5,5)
HOC	2 (3,1)	20 (31,3)	35 (54,7)	2 (3,1)	2 (3,1)	0 (0)	3 (4,7)
MCM	3 (5,0)	8 (13,3)	33 (55,0)	6 (10,0)	4 (6,7)	2 (3,3)	4 (6,7)
MOC	4 (9,3)	1 (2,9)	18 (41,9)	6 (14,0)	1 (2,3)	0 (0)	2 (4,7)
Total da amostra	13 (5,9)	64 (28,8)	102 (45,9)	20 (9,0)	9 (4,1)	2 (0,9)	12 (5,4)

Quadro 3 – Coabitação

84, 6% do total de inquiridos tem filhos. No Quadro 4 podem observar-se as frequências e as frequências relativas de todos os grupos.

	Ñ tem N (%)	Um N (%)	Dois N (%)	Três N (%)	Quatro N (%)	Cinco N (%)	Outro N (%)
HCP	3 (5,5)	9 (16,4)	11 (20,0)	13 (23,6)	5 (9,1)	7 (12,7)	7 (12,7)
HOC	5 (7,8)	12 (18,8)	24 (37,5)	12 (18,8)	6 (9,4)	4 (6,3)	1 (1,6)
MCM	10 (16,7)	11 (18,3)	23 (38,3)	9 (15,0)	3 (5,0)	1 (1,7)	3 (5,0)
MOC	3 (7,0)	13 (30,2)	16 (37,2)	6 (14,0)	3 (7,0)	0 (0)	2 (4,7)
Total da amostra	21 (9,5)	45 (20,3)	74 (33,3)	40 (18,0)	17 (7,7)	12 (5,4)	13 (5,9)

Quadro 4 – número de filhos

Nos Quadros 5 a 8 apresentam-se as diferentes profissões, assim como a sua frequência.

	Profissão HCP N (%)
Agricultor	2 (3,6)
Alfaiate	1 (1,8)
Carpinteiro	1 (1,8)
Economista	1 (1,8)
Electricista	1 (1,8)
Empresário	1 (1,8)
Estucador	1 (1,8)
Industrial	3 (5,5)
Motorista	1 (1,8)
Pintor casas	1 (1,8)
Professor/empresário	1 (1,8)
Reformado (administração empresas)	1 (1,8)
Reformado (agricultor)	3 (5,5)
Reformado (carpinteiro)	2 (3,6)
Reformado (comerciante)	6 (10,9)
Reformado (construção civil)	4 (7,3)
Reformado (corticeiro)	1 (1,8)
Reformado (empregado fabril)	2 (3,6)
Reformado (engenheiro)	1 (1,8)
Reformado (estucador)	1 (1,8)
Reformado (ferroviário)	3 (5,5)
Reformado (finanças)	1 (1,8)
Reformado (industrial)	2 (3,6)
Reformado (metalúrgico)	2 (3,6)
Reformado (motorista)	3 (5,5)
Reformado (pedreiro)	2 (3,6)
Reformado (PSP)	1 (1,8)
Reformado (sapateiro)	2 (3,6)
Reformado (seguros)	1 (1,8)
Reformado (trab conta pp)	1 (1,8)
Reformado (vidreiro)	1 (1,8)
Sapateiro	1 (1,8)
Total	55 (100,0)

Quadro 5 – Profissões de HCP

	Profissão HOC N (%)
Agente imobiliário	1 (1,6)
Agricultor	1 (1,6)
Bancário	2 (3,1)
Comerciante	1 (1,6)
Construção civil	2 (3,1)
Corticeiro	2 (3,1)
Desempregado (construção civil)	1 (1,6)
Desempregado (mecânico)	1 (1,6)
Empregado fabril	2 (3,1)
Empresário	3 (4,7)
Enfermeiro	1 (1,6)
Guarda Nocturno	1 (1,6)
Industrial	1 (1,6)
Metalúrgico	3 (4,7)
Motorista	2 (3,1)
Pedreiro	1 (1,6)
Pintor casas	1 (1,6)
Pintura carros	1 (1,6)
Polidor	1 (1,6)
Reformado (comerciante)	3 (4,7)
Reformado (construção civil)	2 (3,1)
Reformado (cordoeiro)	1 (1,6)
Reformado (corticeiro)	2 (3,1)
Reformado (electricista)	3 (4,7)
Reformado (empregado bancário)	1 (1,6)
Reformado (empregado fabril)	5 (7,8)
Reformado (ferroviário)	1 (1,6)
Reformado (fiscal banca casino)	1 (1,6)
Reformado (jornalismo/EDP)	1 (1,6)
Reformado (mecânico)	1 (1,6)
Reformado (motorista)	1 (1,6)
Reformado (pedreiro)	1 (1,6)
Reformado (pintor/decorador)	1 (1,6)
Reformado (taxista)	1 (1,6)
Reformado (vendas)	1 (1,6)
Restauração	1 (1,6)
Revestidor	1 (1,6)
Sapateiro	3 (4,7)
Serralheiro	3 (4,7)
Tanoeiro	1 (1,6)
Vendedor	1 (1,6)
Total	64 (100,0)

Quadro 6 – Profissões de HOC

	Profissão MCM N (%)
Agricultora	2 (3,3)
Assistente administrativa	1 (1,7)
Auxiliar de acção educativa	2 (3,3)
Bancária	1 (1,7)
Comerciante	1 (1,7)
Contabilista	1 (1,7)
Corticeira	1 (1,7)
Costureira	2 (3,3)
Desempregada (costureira)	1 (1,7)
Desempregada (empregada fabril)	1 (1,7)
Doméstica	15 (25,0)
Doméstica (estudante)	1 (1,7)
Empregada de balcão	1 (1,7)
Empregada de escritório	2 (3,3)
Empregada fabril	4 (6,7)
Empresária	1 (1,7)
Escriturária	1 (1,7)
Farmacêutica	1 (1,7)
Gaspiadeira	7 (11,7)
Operadora química	1 (1,7)
Professora	2 (3,3)
Reformada (centro de saúde)	1 (1,7)
Reformada (comerciante)	1 (1,7)
Reformada (doméstica)	3 (5,0)
Reformada (emprega escritório)	1 (1,7)
Reformada (empregada doméstica)	2 (3,3)
Reformada (gaspiadeira)	1 (1,7)
Reformada (professora)	1 (1,7)
Sapateira	1 (1,7)
Total	60 (100,0)

Quadro 7 – Profissões de MCM

	Profissão MOC N (%)
Agência funerária	1 (2,3)
Agricultora	1 (2,3)
Ama	1 (2,3)
Auxiliar acção educativa	1 (2,3)
Bordadeira	1 (2,3)
Comerciante	1 (2,3)
Contabilista	1 (2,3)
Corticeira	3 (7,0)
Costureira	1 (2,3)
Cozinheira	1 (2,3)
Doméstica	13 (30,2)
Empregada de balcão	1 (2,3)
Empregada fabril	2 (4,7)
Gaspiadeira	1 (2,3)
Professora	1 (2,3)
Publicidade	1 (2,3)
Reformada (auxiliar de acção educativa)	2 (4,7)
Reformada (doméstica)	2 (4,7)
Reformada (empregada fabril)	4 (9,3)
Reformada (gaspiadeira)	3 (7,0)
Reformada (sapateira)	1 (2,3)
Total	43 (100,0)

Quadro 8 – Profissões de MOC

69,8 % do total de inquiridos tem uma escolaridade igual ou inferior à 4ª classe e apenas 5,4 % possui estudos do ensino superior. Estes dados estão em conformidade com a população que o Hospital atende.

	Até à 4ª Classe N (%)	Entre 5º e 12º ano N (%)	Ensino Superior N (%)
HCP	45 (81,8)	6 (10,9)	4 (7,3)
HOC	46 (71,9)	16 (25,0)	2 (3,1)
MCM	30 (50,0)	26 (43,3)	4 (6,7)
MOC	34 (79,1)	7 (16,3)	2 (4,7)
Total da amostra	155 (69,8)	55 (24,8)	12 (5,4)

Quadro 9 – Grau académico

Características Clínicas da amostra

A partir do Quadro 10 pode observar-se há quanto tempo cada grupo tinha sido diagnosticado com doença oncológica, aquando da entrevista. De salientar que 58,1% da amostra total está entre 0 e 11 meses.

	0-3 meses N (%)	4-7 meses N (%)	8-11 meses N (%)	12-15 meses N (%)	16-19 meses N (%)	20-23 meses N (%)	+ 24 meses N (%)	Não responde N (%)
HCP	7 (12,7)	4 (7,3)	2 (3,6)	8 (14,5)	6 (10,9)	2 (3,6)	25 (45,5)	1 (1,8)
HOC	23 (35,9)	18 (28,1)	9 (14,1)	2 (3,1)	3 (4,7)	2 (3,1)	7 (10,9)	0 (0)
MCM	14 (23,3)	15 (25,0)	6 (10,0)	4 (6,7)	1 (1,7)	4 (6,7)	16 (26,7)	0 (0)
MOC	13 (30,2)	14 (32,6)	4 (9,3)	3 (7,0)	1 (2,3)	0 (0)	8 (18,6)	0 (0)
Total da amostra	57 (25,7)	51 (23,0)	21 (9,5)	17 (7,7)	11 (5,0)	8 (3,6)	56 (25,2)	1 (0,5)

Quadro 10 – tempo de diagnóstico

40,1% (N=89) da amostra total encontrava-se entre os 0-3 meses de tempo de tratamento.

	0-3 meses N (%)	4-7 meses N (%)	8-11 meses N (%)	12-15 meses N (%)	16-19 meses N (%)	20-23 meses N (%)	+ 24 meses N (%)	Não responde N (%)
HCP	10 (18,2)	2 (3,6)	11 (20,0)	9 (16,4)	5 (9,1)	1 (1,8)	16 (29,1)	1 (1,8)
HOC	32 (50,0)	14 (21,9)	7 (10,9)	2 (3,1)	2 (3,1)	1 (1,6)	6 (9,4)	0 (0)
MCM	26 (43,3)	6 (10,0)	5 (8,3)	4 (6,7)	1 (1,7)	3 (5,0)	15 (25,0)	0 (0)
MOC	21 (48,8)	10 (23,3)	3 (7,0)	1 (2,3)	1 (2,3)	0 (0)	6 (14,0)	1 (2,3)
Total da amostra	89 (40,1)	32 (14,4)	26 (11,7)	16 (7,2)	9 (4,1)	5 (2,3)	43 (19,4)	2 (0,9)

Quadro 11 – tempo de tratamento

Nos Quadros 12 a 16 estão descritas as frequências da amostra total, assim como de cada um dos grupos, em relação aos quatro tratamentos que se efectuam para a doença oncológica.

	Não fez N (%)	Está a fazer N (%)	Fez há - 1 mês N (%)	Fez há + de 1 mês N (%)	Desconhecido N (%)
Quimioterapia	64 (28,8)	125 (56,3)	2 (0,9)	30 (13,5)	1 (0,5)
Radioterapia	145 (65,3)	8 (3,6)	9 (4,1)	58 (26,1)	2 (0,9)
Cirurgia	93 (41,9)	1 (0,5)	4 (1,8)	124 (55,9)	0 (0)
Hormonoterapia	142 (64,0)	75 (33,8)	0 (0)	3 (1,4)	2 (0,9)

Quadro 12 – tratamentos efectuados da amostra total

	Não fez N (%)	Está a fazer N (%)	Fez há - 1 mês N (%)	Fez há + de 1 mês N (%)	Desconhecido N (%)
Quimioterapia	48 (87,3)	5 (9,1)	0 (0)	1 (1,8)	1 (1,8)
Radioterapia	24 (43,6)	2 (3,6)	2 (3,6)	25 (45,5)	2 (3,6)
Cirurgia	38 (69,1)	0 (0)	0 (0)	17 (30,9)	0 (0)
Hormonoterapia	6 (10,9)	45 (81,8)	0 (0)	3 (5,5)	1 (1,8)

Quadro 13 – tratamentos efectuados por HCP

	Não fez N (%)	Está a fazer N (%)	Fez há - 1 mês N (%)	Fez há + de 1 mês N (%)
Quimioterapia	4 (6,3)	55 (85,9)	0 (0)	5 (7,8)
Radioterapia	49 (76,6)	4 (6,3)	4 (6,3)	7 (10,9)
Cirurgia	28 (43,8)	1 (1,6)	1 (1,6)	34 (53,1)
Hormonoterapia	63 (98,4)	1 (1,6)	0 (0)	0 (0)

Quadro 14 – tratamentos efectuados por HOC

	Não fez N (%)	Está a fazer N (%)	Fez há - 1 mês N (%)	Fez há + de 1 mês N (%)
Quimioterapia	9 (15,0)	30 (50,0)	1 (1,7)	20 (33,3)
Radioterapia	41 (68,3)	1 (1,7)	0 (0)	18 (30,0)
Cirurgia	10 (16,7)	0 (0)	3 (5,0)	47 (78,3)
Hormonoterapia	35 (58,3)	25 (41,7)	0 (0)	0 (0)

Quadro 15 – tratamentos efectuados por MCM

	Não fez N (%)	Está a fazer N (%)	Fez há - 1 mês N (%)	Fez há + de 1 mês N (%)	Desconhecido N (%)
Quimioterapia	3 (7,0)	35 (81,4)	1 (2,3)	4 (9,3)	0 (0)
Radioterapia	31 (72,1)	1 (2,3)	3 (7,0)	8 (18,6)	0 (0)
Cirurgia	17 (39,5)	0 (0)	0 (0)	26 (60,5)	0 (0)
Hormonoterapia	38 (88,4)	4 (9,3)	0 (0)	0 (0)	1 (2,3)

Quadro 16 – tratamentos efectuados por MOC

No Quadro 17 estão descritas as frequências do desejo de receber ou não apoio psicológico 49,5% das mulheres desejam receber apoio psicológico, assim como 43,7% dos homens.

	Sim N (%)	Não N (%)	Não responde N (%)
HCP	24 (43,6)	20 (36,4)	11 (20,0)
HOC	28 (43,8)	31 (48,4)	5 (7,8)
MCM	25 (41,7)	30 (50,0)	5 (8,3)
MOC	26 (60,5)	13 (30,2)	4 (9,3)
Total da amostra	103 (46,4)	94 (42,3)	25 (11,3)

Quadro 17 – gostaria de receber apoio psicológico

No Quadro 18 pode observar-se que apenas 1,4% da amostra total afirma que não sabia a razão pela qual estava na consulta de oncologia.

	Sabe e verbaliza N (%)	Sabe, mas não verbaliza N (%)	Não sabe N (%)
HCP	30 (54,5)	25 (45,5)	0 (0)
HOC	36 (56,3)	25 (39,1)	3 (4,7)
MCM	42 (70,0)	18 (30,0)	0 (0)
MOC	27 (62,8)	16 (37,2)	0 (0)
Total da amostra	135 (60,8)	84 (37,8)	3 (1,4)

Quadro 18 – sabe por que vai à consulta de oncologia

NOTA: “verbaliza” significa que os doentes utilizaram palavras conotadas com o estigma de doença oncológica como “cancro” e “o meu mal”; “não verbaliza” significa que utilizaram outras expressões como “a minha doença”, “o meu problema”, “a minha situação”, nunca especificando o nome da doença.

Após a análise descritiva dos dados, procedeu-se à análise da variância, com o objectivo de avaliar os efeitos das variáveis demográficas e clínicas nas estratégias de coping estudadas.

Análise da Variância

No Quadro 19 estão presentes os resultados relativos ao factor “Idade”. Para tal dividiu-se a amostra em cinco grupos etários (que se podem observar no Quadro 20). Os resultados indicam diferenças significativas nas estratégias de coping “Auto-culpabilização” e “Negação”. No entanto, o teste F não indica que grupos são diferentes dos outros. De forma a evitar uma eventual identificação de diferenças falsas entre os grupos, foi utilizado o teste de comparação múltipla de Bonferroni, cujos resultados se podem observar no Quadro 20. Os dados estatisticamente significativos estão marcados com um asterisco.

		Soma dos quadrados	gL	Média dos quadrados	F	Sig.
Coping Activo	Entre grupos	1,120	4	,280	,458	,767
	Dentro dos grupos	132,754	217	,612		
	Total	133,874	221			
Planear	Entre grupos	1,412	4	,353	,557	,694
	Dentro dos grupos	137,542	217	,634		
	Total	138,955	221			
Utilizar Suporte Instrumental	Entre grupos	1,789	4	,447	,559	,693
	Dentro dos grupos	173,616	217	,800		
	Total	175,405	221			
Utilizar Suporte Social Emocional	Entre grupos	8,716	4	2,179	2,405	,051
	Dentro dos grupos	196,617	217	,906		
	Total	205,333	221			
Religião	Entre grupos	2,519	4	,630	,745	,563
	Dentro dos grupos	183,535	217	,846		
	Total	186,054	221			
Reinterpretação positiva	Entre grupos	5,781	4	1,445	2,054	,088
	Dentro dos grupos	152,674	217	,704		
	Total	158,455	221			
Auto-culpabilização	Entre grupos	7,422	4	1,855	3,518	,008
	Dentro dos grupos	114,452	217	,527		
	Total	121,874	221			
Aceitação	Entre grupos	2,065	4	,516	,830	,507
	Dentro dos grupos	134,890	217	,622		
	Total	136,955	221			
Expressão de sentimentos	Entre grupos	3,859	4	,965	1,824	,125
	Dentro dos grupos	114,812	217	,529		
	Total	118,671	221			
Negação	Entre grupos	9,753	4	2,438	3,206	,014
	Dentro dos grupos	165,040	217	,761		
	Total	174,793	221			
Auto-distracção	Entre grupos	5,592	4	1,398	1,726	,145
	Dentro dos grupos	175,746	217	,810		
	Total	181,338	221			
Desinvestimento comportamental	Entre grupos	2,017	4	,504	1,508	,201
	Dentro dos grupos	72,577	217	,334		
	Total	74,595	221			
Uso de substâncias	Entre grupos	,172	4	,043	,423	,792
	Dentro dos grupos	22,067	217	,102		
	Total	22,239	221			
Humor	Entre grupos	7,242	4	1,810	1,985	,098
	Dentro dos grupos	197,893	217	,912		
	Total	205,135	221			

Quadro 19 – Diferenças entre grupos tendo como factor de análise “Idade”.

Adoptando o nível de significância 0,01, verifica-se que para 4 e 217 graus de liberdade o valor tabelado de F corresponde a 3,48. O valor da razão F obtido para a variável idade, em relação à estratégia “Auto-culpabilização” é 3,518, ou seja, é estatisticamente significativo. Quanto à estratégia “Negação”, adoptando o nível de significância 0,05, o valor

tabelado é 2,45 e o valor da razão F obtido é 3,206, sendo também considerado estatisticamente significativo.

No Quadro 20 observam-se diferenças significativas entre os grupos etários 51-60 anos e 61-70 anos.

Variável Dependente	(I) IDADE	(J) IDADE	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Auto-culpabilização	30-40	41-50	,08	,199	1,000	-,49	,64
		51-60	,34	,200	,907	-,23	,91
		61-70	-,18	,196	1,000	-,73	,38
		71-80	,16	,201	1,000	-,41	,73
	41-50	30-40	-,08	,199	1,000	-,64	,49
		51-60	,26	,145	,730	-,15	,67
		61-70	-,25	,140	,711	-,65	,14
		71-80	,08	,147	1,000	-,34	,49
	51-60	30-40	-,34	,200	,907	-,91	,23
		41-50	-,26	,145	,730	-,67	,15
		61-70	-,52*	,141	,003	-,92	-,11
		71-80	-,18	,148	1,000	-,60	,24
	61-70	30-40	,18	,196	1,000	-,38	,73
		41-50	,25	,140	,711	-,14	,65
		51-60	,52*	,141	,003	,11	,92
		71-80	,33	,143	,215	-,07	,74
	71-80	30-40	-,16	,201	1,000	-,73	,41
		41-50	-,08	,147	1,000	-,49	,34
		51-60	,18	,148	1,000	-,24	,60
		61-70	-,33	,143	,215	-,74	,07

Quadro 20 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise “Idade”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Auto-culpabilização”.

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Auto-culpabilização	30-40	18	1,67	,907	,214	1,22	2,12	1	4
	41-50	51	1,59	,753	,105	1,38	1,80	1	3
	51-60	49	1,33	,516	,074	1,18	1,47	1	3
	61-70	57	1,84	,862	,114	1,61	2,07	1	4
	71-80	47	1,51	,621	,091	1,33	1,69	1	3
	Total	222	1,59	,743	,050	1,49	1,68	1	4

Quadro 21 – média e desvio padrão do uso da estratégia “Auto-culpabilização” de cada um dos grupos etários.

O grupo etário 61-70 anos utiliza mais a estratégia “Auto-culpabilização” (M=1,84) do que o grupo etário 51-60 anos (M=1,33).

No Quadro 22 observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários 41-50 anos e 51-60 anos, e, 41-50 anos e 61-70 anos.

Variável Dependente	(I) IDADE	(J) IDADE	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Negação	30-40	41-50	-,25	,239	1,000	-,93	,43
		51-60	,29	,240	1,000	-,39	,97
		61-70	,26	,236	1,000	-,41	,93
		71-80	,11	,242	1,000	-,57	,80
	41-50	30-40	,25	,239	1,000	-,43	,93
		51-60	,54*	,174	,021	,05	1,04
		61-70	,51*	,168	,026	,04	,99
		71-80	,37	,176	,390	-,13	,87
	51-60	30-40	-,29	,240	1,000	-,97	,39
		41-50	-,54*	,174	,021	-1,04	-,05
		61-70	-,03	,170	1,000	-,51	,45
		71-80	-,18	,178	1,000	-,68	,33
	61-70	30-40	-,26	,236	1,000	-,93	,41
		41-50	-,51*	,168	,026	-,99	-,04
		51-60	,03	,170	1,000	-,45	,51
		71-80	-,15	,172	1,000	-,63	,34
	71-80	30-40	-,11	,242	1,000	-,80	,57
		41-50	-,37	,176	,390	-,87	,13
		51-60	,18	,178	1,000	-,33	,68
		61-70	,15	,172	1,000	-,34	,63

Quadro 22 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise “Idade”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Negação”.

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Negação	30-40	18	1,94	,802	,189	1,55	2,34	1	3
	41-50	51	2,20	,895	,125	1,94	2,45	1	4
	51-60	49	1,65	,855	,122	1,41	1,90	1	4
	61-70	57	1,68	,869	,115	1,45	1,91	1	4
	71-80	47	1,83	,892	,130	1,57	2,09	1	4
	Total	222	1,85	,889	,060	1,73	1,96	1	4

Quadro 23 - média e desvio padrão do uso da estratégia “Negação” de cada um dos grupos etários.

O grupo etário 41-50 anos utiliza mais a estratégia “Negação” (M=2,20) do que os grupos etários 51-60 anos (M=1,65) e 61-70 anos (M=1,68).

No Quadro 24 estão descritos os dados obtidos com o factor “Género”. Pode observar-se diferenças estatisticamente significativas no uso das estratégias de coping “Religião” e “Negação”.

		Soma dos quadrados	gL	Média dos quadrados	F	Sig.
Coping Activo	Entre grupos	1,164	1	1,164	1,930	,166
	Dentro dos grupos	132,709	220	,603		
	Total	133,874	221			
Planear	Entre grupos	,077	1	,077	,122	,727
	Dentro dos grupos	138,878	220	,631		
	Total	138,955	221			
Utilizar Suporte Instrumental	Entre grupos	,429	1	,429	,539	,464
	Dentro dos grupos	174,977	220	,795		
	Total	175,405	221			
Utilizar Suporte Social Emocional	Entre grupos	,974	1	,974	1,049	,307
	Dentro dos grupos	204,359	220	,929		
	Total	205,333	221			
Religião	Entre grupos	10,014	1	10,014	12,515	,000
	Dentro dos grupos	176,040	220	,800		
	Total	186,054	221			
Reinterpretação positiva	Entre grupos	1,189	1	1,189	1,664	,198
	Dentro dos grupos	157,266	220	,715		
	Total	158,455	221			
Auto-culpabilização	Entre grupos	,031	1	,031	,057	,812
	Dentro dos grupos	121,843	220	,554		
	Total	121,874	221			
Aceitação	Entre grupos	2,036	1	2,036	3,321	,070
	Dentro dos grupos	134,918	220	,613		
	Total	136,955	221			
Expressão de sentimentos	Entre grupos	1,483	1	1,483	2,785	,097
	Dentro dos grupos	117,188	220	,533		
	Total	118,671	221			
Negação	Entre grupos	5,722	1	5,722	7,446	,007
	Dentro dos grupos	169,070	220	,769		
	Total	174,793	221			
Auto-distração	Entre grupos	2,080	1	2,080	2,553	,112
	Dentro dos grupos	179,258	220	,815		
	Total	181,338	221			
Desinvestimento comportamental	Entre grupos	,694	1	,694	2,065	,152
	Dentro dos grupos	73,901	220	,336		
	Total	74,595	221			
Uso de substâncias	Entre grupos	,294	1	,294	2,951	,087
	Dentro dos grupos	21,944	220	,100		
	Total	22,239	221			
Humor	Entre grupos	,002	1	,002	,002	,964
	Dentro dos grupos	205,133	220	,932		
	Total	205,135	221			

Quadro 24 – Diferenças entre grupos tendo como factor de análise “Género”.

Pode dizer-se que a variável “Género” tem influência significativa nas estratégias de coping “Religião” e “Negação”, pois os dados obtidos são estatisticamente significativos: uso de “Religião” $F(8,18) = 12,515$ e $p < 0,005$ e uso da “Negação” $F(6,85) = 7,446$ e $p < 0,01$.

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Religião	masculino	119	2,99	,987	,090	2,81	3,17	1	4
	feminino	103	3,42	,774	,076	3,27	3,57	1	4
	Total	222	3,19	,918	,062	3,07	3,31	1	4
Negação	masculino	119	1,70	,839	,077	1,55	1,85	1	4
	feminino	103	2,02	,918	,090	1,84	2,20	1	4
	Total	222	1,85	,889	,060	1,73	1,96	1	4

Quadro 25 - média e desvio padrão do uso das estratégias “Religião” e “Negação” de cada um dos grupos.

As mulheres utilizam mais “Religião” (M=3,42) do que os homens (M=2,99), o mesmo se verificando na estratégia “Negação”: mulheres (M=2,02) e homens (M=1,70).

No Quadro 26 foi estudada a variável “Grau académico” e observam-se diferenças estatisticamente significativas no uso das estratégias “Utilizar Suporte Social Emocional” e “Religião”. No entanto, após a administração do teste de comparação múltipla de Bonferroni, observou-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos,

		Soma dos quadrados	gL	Média dos quadrados	F	Sig.
Coping Activo	Entre grupos	1,372	2	,686	1,134	,324
	Dentro dos grupos	132,501	219	,605		
	Total	133,874	221			
Planear	Entre grupos	,209	2	,104	,165	,848
	Dentro dos grupos	138,746	219	,634		
	Total	138,955	221			
Utilizar Suporte Instrumental	Entre grupos	,625	2	,312	,391	,677
	Dentro dos grupos	174,781	219	,798		
	Total	175,405	221			
Utilizar Suporte Social Emocional	Entre grupos	5,702	2	2,851	3,128	,046
	Dentro dos grupos	199,631	219	,912		
	Total	205,333	221			
Religião	Entre grupos	15,438	2	7,719	9,908	,000
	Dentro dos grupos	170,616	219	,779		
	Total	186,054	221			
Reinterpretação positiva	Entre grupos	1,313	2	,657	,915	,402
	Dentro dos grupos	157,141	219	,718		
	Total	158,455	221			
Auto-culpabilização	Entre grupos	2,541	2	1,270	2,331	,100
	Dentro dos grupos	119,333	219	,545		
	Total	121,874	221			
Aceitação	Entre grupos	1,221	2	,611	,985	,375
	Dentro dos grupos	135,734	219	,620		
	Total	136,955	221			
Expressão de sentimentos	Entre grupos	1,031	2	,515	,959	,385
	Dentro dos grupos	117,640	219	,537		
	Total	118,671	221			
Negação	Entre grupos	1,857	2	,929	1,176	,310
	Dentro dos grupos	172,935	219	,790		
	Total	174,793	221			
Auto-distração	Entre grupos	1,602	2	,801	,976	,378
	Dentro dos grupos	179,735	219	,821		
	Total	181,338	221			
Desinvestimento comportamental	Entre grupos	1,158	2	,579	1,727	,180
	Dentro dos grupos	73,436	219	,335		
	Total	74,595	221			
Uso de substâncias	Entre grupos	,052	2	,026	,258	,773
	Dentro dos grupos	22,187	219	,101		
	Total	22,239	221			
Humor	Entre grupos	3,802	2	1,901	2,068	,129
	Dentro dos grupos	201,333	219	,919		
	Total	205,135	221			

Quadro 26 - Diferenças entre grupos tendo como factor de análise “Grau académico”.

para a estratégia de coping “Religião” $F(5,54) < 9,908$ $p < 0,005$ cujos dados significativos estão marcados com um asterisco (Quadro 27).

Dependent Variable	(I) grau acadêmico	(J) grau acadêmico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Religião	até 4ª classe	até 12º ano	,54*	,139	,000	,21	,88
		ensino superior	,69*	,264	,028	,06	1,33
	até 12º ano	até 4ª classe	-,54*	,139	,000	-,88	-,21
		ensino superior	,15	,281	1,000	-,53	,83
		ensino superior	até 4ª classe	-,69*	,264	,028	-1,33
		até 12º ano	-,15	,281	1,000	-,83	,53

Quadro 27 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise “Grau acadêmico”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Religião”.

Pode dizer-se que quanto maior o grau académico, menor a utilização da estratégia “Religião” (Figura 1), pois o valor da média do grupo “até à 4ª classe” é 3,36; o do grupo “até ao 12º ano” é de 2,82 e finalmente o do grupo “ensino superior” é 2,67.

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Religião	até 4ª classe	155	3,36	,837	,067	3,23	3,49	1	4
	até 12º ano	55	2,82	1,020	,138	2,54	3,09	1	4
	ensino superior	12	2,67	,778	,225	2,17	3,16	2	4
	Total	222	3,19	,918	,062	3,07	3,31	1	4

Quadro 28 - média e desvio padrão do uso da estratégia “Religião” de cada um dos grupos.

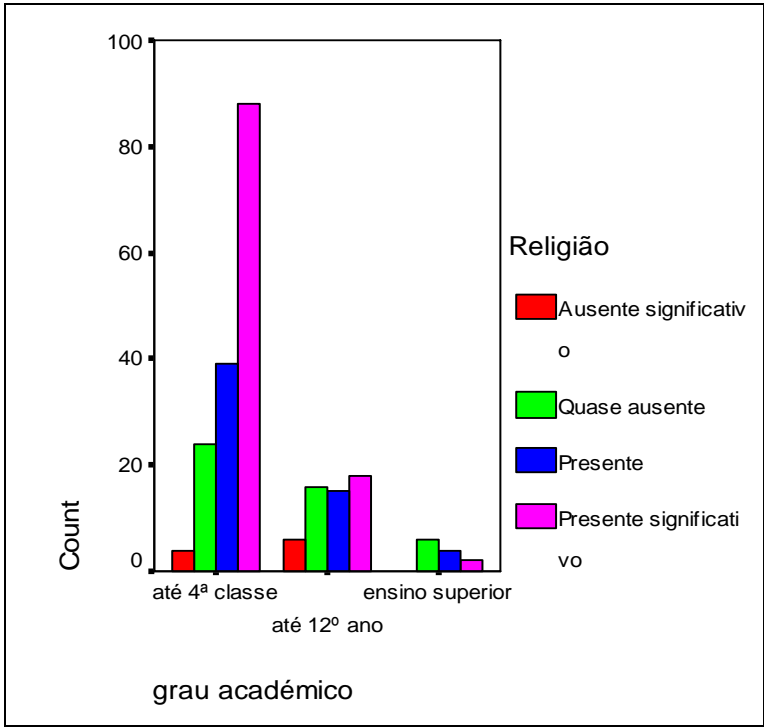


Figura 1 – comparação do uso da estratégia “Religião” nos diferentes grupos de grau académico.

No Quadro 29 estudou-se o factor “Diagnóstico clínico”. Uma vez mais observam-se diferenças estatisticamente significativas na estratégia de coping “Religião” $F(4,50) < 5,774$ $p < 0,005$, mas também na estratégia “Aceitação” $F(4,50) < 4,980$ $p < 0,005$. Após a aplicação do teste de comparação múltipla de Bonferroni, verificou-se que as diferenças na estratégia “Negação” não são estatisticamente significativas.

		Soma dos quadrados	gL	Média dos quadrados	F	Sig.
Coping Activo	Entre grupos	1,744	3	,581	,959	,413
	Dentro dos grupos	132,130	218	,606		
	Total	133,874	221			
Planear	Entre grupos	1,140	3	,380	,601	,615
	Dentro dos grupos	137,815	218	,632		
	Total	138,955	221			
Utilizar Suporte Instrumental	Entre grupos	2,301	3	,767	,966	,410
	Dentro dos grupos	173,104	218	,794		
	Total	175,405	221			
Utilizar Suporte Social Emocional	Entre grupos	2,767	3	,922	,993	,397
	Dentro dos grupos	202,566	218	,929		
	Total	205,333	221			
Religião	Entre grupos	13,695	3	4,565	5,774	,001
	Dentro dos grupos	172,359	218	,791		
	Total	186,054	221			
Reinterpretação positiva	Entre grupos	1,673	3	,558	,775	,509
	Dentro dos grupos	156,782	218	,719		
	Total	158,455	221			
Auto-culpabilização	Entre grupos	,038	3	,013	,023	,995
	Dentro dos grupos	121,836	218	,559		
	Total	121,874	221			
Aceitação	Entre grupos	8,784	3	2,928	4,980	,002
	Dentro dos grupos	128,171	218	,588		
	Total	136,955	221			
Expressão de sentimentos	Entre grupos	3,100	3	1,033	1,949	,123
	Dentro dos grupos	115,571	218	,530		
	Total	118,671	221			
Negação	Entre grupos	7,092	3	2,364	3,073	,029
	Dentro dos grupos	167,701	218	,769		
	Total	174,793	221			
Auto-distracção	Entre grupos	2,784	3	,928	1,133	,337
	Dentro dos grupos	178,554	218	,819		
	Total	181,338	221			
Desinvestimento comportamental	Entre grupos	1,913	3	,638	1,913	,128
	Dentro dos grupos	72,681	218	,333		
	Total	74,595	221			
Uso de substâncias	Entre grupos	,362	3	,121	1,202	,310
	Dentro dos grupos	21,877	218	,100		
	Total	22,239	221			
Humor	Entre grupos	2,716	3	,905	,975	,405
	Dentro dos grupos	202,419	218	,929		
	Total	205,135	221			

Quadro 29 - Diferenças entre grupos tendo como factor de análise “Diagnóstico clínico”.

Nos Quadros 30 e 31 estão patentes os resultados da análise multivariada daquelas duas estratégias, podendo observar-se as diferenças entre os grupos.

Variável Dependente	(I) diagnóstico clínico	(J) diagnóstico clínico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Religião	HCP	HOC	,32	,163	,310	-,12	,76
		MCM	-,19	,166	1,000	-,63	,26
		MOC	-,35	,181	,335	-,83	,13
	HOC	HCP	-,32	,163	,310	-,76	,12
		MCM	-,51*	,160	,011	-,93	-,08
		MOC	-,67*	,175	,001	-1,13	-,20
	MCM	HCP	,19	,166	1,000	-,26	,63
		HOC	,51*	,160	,011	,08	,93
		MOC	-,16	,178	1,000	-,63	,31
	MOC	HCP	,35	,181	,335	-,13	,83
		HOC	,67*	,175	,001	,20	1,13
		MCM	,16	,178	1,000	-,31	,63

Quadro 30 – Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise “Diagnóstico clínico”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Religião”.

Variável Dependente	(I) diagnóstico clínico	(J) diagnóstico clínico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Aceitação	HCP	HOC	,48*	,141	,005	1,0	,85
		MCM	,07	,143	1,000	-,31	,45
		MOC	,06	,156	1,000	-,36	,48
	HOC	HCP	-,48*	,141	,005	-,85	-,10
		MCM	-,41*	,138	,020	-,78	-,04
		MOC	-,42*	,151	,137	-,82	,01
	MCM	HCP	-,07	,143	1,000	-,45	,31
		HOC	,41*	,138	,020	,04	,78
		MOC	,01	,153	1,000	-,42	,40
	MOC	HCP	-,06	,156	1,000	-,48	,36
		HOC	,42*	,151	,037	,01	,82
		MCM	,01	,153	1,000	-,40	,42

Quadro 31 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise “Diagnóstico clínico”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Aceitação”.

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Religião	HCP	55	3,16	,996	,134	2,89	3,43	1	4
	HOC	64	2,84	,963	,120	2,60	3,08	1	4
	MCM	60	3,35	,840	,108	3,13	3,57	1	4
	MOC	43	3,51	,668	,102	3,31	3,72	2	4
	Total	222	3,19	,918	,062	3,07	3,31	1	4
Aceitação	HCP	55	3,62	,733	,099	3,42	3,82	2	4
	HOC	64	3,14	,852	,107	2,93	3,35	1	4
	MCM	60	3,55	,723	,093	3,36	3,74	1	4
	MOC	43	3,56	,734	,112	3,33	3,78	2	4
	Total	222	3,45	,787	,053	3,35	3,55	1	4

Quadro 32 - média e desvio padrão do uso das estratégias “Religião” e “Aceitação” de cada um dos grupos.

O grupo MOC é o que mais utiliza “Religião” (M=3,51), seguindo-se o grupo MCM (M=3,35), a seguir o grupo HCP (M=3,16) e finalmente HOC (M=2,84).

O grupo que mais utiliza “Aceitação” é HCP (M=3,62), seguindo-se o grupo MOC (M=3,56), depois o grupo MCM (M=3,55) e finalmente o grupo HOC (M=3,14).

O “Tempo de Tratamento” é o factor de análise que se encontra no Quadro 33. Observam-se diferenças estatisticamente significativas nas estratégias “Planear” e “Utilizar Suporte Social Emocional”. Após o teste de Bonferroni, apenas foram obtidas diferenças significativas para a estratégia “Planear” $F(2,39) < 2,630$ $p < 0,025$ entre os intervalos de tempo 8-11 meses e 12-15 meses (Quadro 34).

		Soma dos quadrados	gL	Média dos quadrados	F	Sig.
Coping Activo	Entre grupos	3,926	7	,561	,924	,489
	Dentro dos grupos	129,948	214	,607		
	Total	133,874	221			
Planear	Entre grupos	11,009	7	1,573	2,630	,013
	Dentro dos grupos	127,946	214	,598		
	Total	138,955	221			
Utilizar Suporte Instrumental	Entre grupos	4,910	7	,701	,880	,523
	Dentro dos grupos	170,495	214	,797		
	Total	175,405	221			
Utilizar Suporte Social Emocional	Entre grupos	13,517	7	1,931	2,154	,039
	Dentro dos grupos	191,817	214	,896		
	Total	205,333	221			
Religião	Entre grupos	8,805	7	1,258	1,519	,162
	Dentro dos grupos	177,249	214	,828		
	Total	186,054	221			
Reinterpretação positiva	Entre grupos	7,760	7	1,109	1,574	,144
	Dentro dos grupos	150,695	214	,704		
	Total	158,455	221			
Auto-culpabilização	Entre grupos	5,613	7	,802	1,476	,177
	Dentro dos grupos	116,261	214	,543		
	Total	121,874	221			
Aceitação	Entre grupos	2,661	7	,380	,606	,751
	Dentro dos grupos	134,294	214	,628		
	Total	136,955	221			
Expressão de sentimentos	Entre grupos	3,038	7	,434	,803	,585
	Dentro dos grupos	115,633	214	,540		
	Total	118,671	221			
Negação	Entre grupos	3,531	7	,504	,630	,731
	Dentro dos grupos	171,261	214	,800		
	Total	174,793	221			
Auto-distracção	Entre grupos	7,634	7	1,091	1,344	,231
	Dentro dos grupos	173,704	214	,812		
	Total	181,338	221			
Desinvestimento comportamental	Entre grupos	1,520	7	,217	,636	,726
	Dentro dos grupos	73,074	214	,341		
	Total	74,595	221			
Uso de substâncias	Entre grupos	,207	7	,030	,288	,958
	Dentro dos grupos	22,031	214	,103		
	Total	22,239	221			
Humor	Entre grupos	11,335	7	1,619	1,788	,091
	Dentro dos grupos	193,800	214	,906		
	Total	205,135	221			

Quadro 33 - Diferenças entre grupos tendo como factor de análise “Tempo de Tratamento”.

Variável Dependente	(I) há qt tempo está em tratamento	(J) há qt tempo está em tratamento	Mean	Std.	Sig.	95% Confidence Interval	
			Difference (I-J)	Error		Lower Bound	Upper Bound
Planear	0-3 meses	4-7 meses	,05	,159	1,000	-,46	,55
		8-11 meses	-,31	,172	1,000	-,86	,23
		12-15 meses	,58	,210	,175	-,08	1,24
		16-19 meses	,18	,270	1,000	-,68	1,03
		20-23 meses	,16	,355	1,000	-,97	1,28
		+ 24 meses	,21	,144	1,000	-,24	,67
		ñ responde	,96	,553	1,000	-,79	2,70
	4-7 meses	0-3 meses	-,05	,159	1,000	-,55	,46
		8-11 meses	-,36	,204	1,000	-1,01	,28
		12-15 meses	,53	,237	,724	-,22	1,28
		16-19 meses	,13	,292	1,000	-,79	1,05
		20-23 meses	,11	,372	1,000	-1,07	1,28
		+ 24 meses	,16	,181	1,000	-,41	,73
		ñ responde	,91	,564	1,000	-,88	2,69
	8-11 meses	0-3 meses	,31	,172	1,000	-,23	,86
		4-7 meses	,36	,204	1,000	-,28	1,01
		12-15 meses	,89*	,246	,010	,12	1,67
		16-19 meses	,49	,299	1,000	-,45	1,44
		20-23 meses	,47	,378	1,000	-,73	1,66
		+ 24 meses	,53	,192	,190	-,08	1,13
		ñ responde	1,27	,567	,737	-,53	3,06
	12-15 meses	0-3 meses	-,58	,210	,175	-1,24	,08
		4-7 meses	-,53	,237	,724	-1,28	,22
		8-11 meses	-,89*	,246	,010	-1,67	-,12
		16-19 meses	-,40	,322	1,000	-1,42	,62
		20-23 meses	-,42	,396	1,000	-1,68	,83
		+ 24 meses	-,37	,226	1,000	-1,09	,35
		ñ responde	,38	,580	1,000	-1,46	2,21
	16-19 meses	0-3 meses	-,18	,270	1,000	-1,03	,68
		4-7 meses	-,13	,292	1,000	-1,05	,79
		8-11 meses	-,49	,299	1,000	-1,44	,45
		12-15 meses	,40	,322	1,000	-,62	1,42
		20-23 meses	-,02	,431	1,000	-1,39	1,34
		+ 24 meses	,03	,283	1,000	-,86	,93
		ñ responde	,78	,604	1,000	-1,13	2,69
	20-23 meses	0-3 meses	-,16	,355	1,000	-1,28	,97
		4-7 meses	-,11	,372	1,000	-1,28	1,07
		8-11 meses	-,47	,378	1,000	-1,66	,73
		12-15 meses	,42	,396	1,000	-,83	1,68
		16-19 meses	,02	,431	1,000	-1,34	1,39
		+ 24 meses	,06	,365	1,000	-1,10	1,21
		ñ responde	,80	,647	1,000	-1,25	2,85
	+ 24 meses	0-3 meses	-,21	,144	1,000	-,67	,24
		4-7 meses	-,16	,181	1,000	-,73	,41
		8-11 meses	-,53	,192	,190	-1,13	,08
		12-15 meses	,37	,226	1,000	-,35	1,09
		16-19 meses	-,03	,283	1,000	-,93	,86
		20-23 meses	-,06	,365	1,000	-1,21	1,10
		ñ responde	,74	,559	1,000	-1,03	2,51

Quadro 34 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise o “Tempo de diagnóstico”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Planear”.

A estratégia “Planear” é mais utilizada pelo grupo 8-11 meses (M=3,27) do que pelo grupo 12-15 meses (M=2,38).

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Planear	0-3 meses	89	2,96	,767	,081	2,79	3,12	1	4
	4-7 meses	32	2,91	,734	,130	2,64	3,17	2	4
	8-11 meses	26	3,27	,778	,152	2,96	3,58	2	4
	12-15 meses	16	2,38	,806	,202	1,95	2,80	1	3
	16-19 meses	9	2,78	,667	,222	2,27	3,29	2	4
	20-23 meses	5	2,80	1,095	,490	1,44	4,16	2	4
	+ 24 meses	43	2,74	,790	,120	2,50	2,99	1	4
	ñ responde	2	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
	Total	222	2,88	,793	,053	2,78	2,99	1	4

Quadro 35 - média e desvio padrão do uso da estratégia “Planear” de cada um dos grupos.

No Quadro 36 o factor estudado é “Radioterapia”. Após o teste de Bonferroni (Quadro 37) encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na estratégia “Uso de Substâncias” $F(3,92) < 4,335$ $p < 0,005$.

		Soma dos quadrados	gL	Média dos quadrados	F	Sig.
Coping Activo	Entre grupos	3,506	4	,876	1,459	,216
	Dentro dos grupos	130,368	217	,601		
	Total	133,874	221			
Planear	Entre grupos	6,612	4	1,653	2,710	,031
	Dentro dos grupos	132,343	217	,610		
	Total	138,955	221			
Utilizar Suporte Instrumental	Entre grupos	2,630	4	,658	,826	,510
	Dentro dos grupos	172,775	217	,796		
	Total	175,405	221			
Utilizar Suporte Social Emocional	Entre grupos	3,727	4	,932	1,003	,407
	Dentro dos grupos	201,606	217	,929		
	Total	205,333	221			
Religião	Entre grupos	3,130	4	,782	,928	,448
	Dentro dos grupos	182,924	217	,843		
	Total	186,054	221			
Reinterpretação positiva	Entre grupos	6,376	4	1,594	2,275	,062
	Dentro dos grupos	152,079	217	,701		
	Total	158,455	221			
Auto-culpabilização	Entre grupos	,715	4	,179	,320	,864
	Dentro dos grupos	121,159	217	,558		
	Total	121,874	221			
Aceitação	Entre grupos	2,869	4	,717	1,161	,329
	Dentro dos grupos	134,086	217	,618		
	Total	136,955	221			
Expressão de sentimentos	Entre grupos	,344	4	,086	,158	,959
	Dentro dos grupos	118,327	217	,545		
	Total	118,671	221			
Negação	Entre grupos	1,692	4	,423	,530	,714
	Dentro dos grupos	173,100	217	,798		
	Total	174,793	221			
Auto-distração	Entre grupos	4,004	4	1,001	1,225	,301
	Dentro dos grupos	177,334	217	,817		
	Total	181,338	221			
Desinvestimento comportamental	Entre grupos	,232	4	,058	,169	,954
	Dentro dos grupos	74,363	217	,343		
	Total	74,595	221			
Uso de substâncias	Entre grupos	1,646	4	,411	4,335	,002
	Dentro dos grupos	20,593	217	,095		
	Total	22,239	221			
Humor	Entre grupos	8,485	4	2,121	2,341	,056
	Dentro dos grupos	196,650	217	,906		
	Total	205,135	221			

Quadro 36 - Diferenças entre grupos tendo como factor de análise o tipo de tratamento – “Radioterapia”

Variável Dependente	(I) tipo de tratamento - radioterapia	(J) tipo de tratamento - radioterapia	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Uso de substâncias	ñ fez	está a fazer	-,45*	,112	,001	-,77	-,13
		fez - de 1 mês	,05	,106	1,000	-,25	,35
		fez + de 1 mês	,01	,048	1,000	-,12	,15
		desconhecido	,05	,219	1,000	-,57	,67
	está a fazer	ñ fez	,45*	,112	,001	,13	,77
		fez - de 1 mês	,50*	,150	,010	,08	,92
		fez + de 1 mês	,47*	,116	,001	,14	,80
	fez - de 1 mês	desconhecido	,50	,244	,413	-,19	1,19
		ñ fez	-,05	,106	1,000	-,35	,25
		está a fazer	-,50*	,150	,010	-,92	-,08
	fez + de 1 mês	fez + de 1 mês	-,03	,110	1,000	-,35	,28
		desconhecido	,00	,241	1,000	-,68	,68
		ñ fez	-,01	,048	1,000	-,15	,12
	desconhecido	está a fazer	-,47*	,116	,001	-,80	-,14
		fez - de 1 mês	,03	,110	1,000	-,28	,35
		desconhecido	,03	,222	1,000	-,59	,66
		ñ fez	-,05	,219	1,000	-,67	,57
		está a fazer	-,50	,244	,413	-,19	,19
		fez - de 1 mês	,00	,241	1,000	-,68	,68
	fez + de 1 mês	-,03	,222	1,000	-,66	,59	

Quadro 37 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise o tipo de tratamento “Radioterapia”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Uso de Substâncias”.

A estratégia “Uso de Substâncias” é mais utilizada pelo grupo “está a fazer Radioterapia” (M=1,50), em comparação com os grupos “fez há menos de 1 mês” (M=1,00), “fez há mais de 1 mês (M=1,03) e “não fez” (M=1,05).

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Uso de substâncias	ñ fez	145	1,05	,272	,023	1,00	1,09	1	3
	está a fazer	8	1,50	1,069	,378	,61	2,39	1	4
	fez - de 1 mês	9	1,00	,000	,000	1,00	1,00	1	1
	fez + de 1 mês	58	1,03	,184	,024	,99	1,08	1	2
	desconhecido	2	1,00	,000	,000	1,00	1,00	1	1
	Total	222	1,06	,317	,021	1,02	1,10	1	4

Quadro 38 - média e desvio padrão do uso da estratégia “Uso de substâncias” de cada um dos grupos.

O factor “Hormonoterapia” obteve diferenças estatisticamente significativas para a estratégia “Humor” $F(3,23) < 3,333$ $p < 0,25$, após ter sido efectuado o teste de Bonferroni, tal como se observa no Quadro 39.

		Soma do quadrados	gL	Média dos quadrados	F	Sig.
Coping Activo	Entre grupos	1,214	3	,405	,665	,574
	Dentro dos grupos	132,660	218	,609		
	Total	133,874	221			
Planear	Entre grupos	4,306	3	1,435	2,324	,076
	Dentro dos grupos	134,649	218	,618		
	Total	138,955	221			
Utilizar Suporte Instrumental	Entre grupos	2,755	3	,918	1,160	,326
	Dentro dos grupos	172,651	218	,792		
	Total	175,405	221			
Utilizar Suporte Social Emocional	Entre grupos	8,749	3	2,916	3,234	,023
	Dentro dos grupos	196,584	218	,902		
	Total	205,333	221			
Religião	Entre grupos	2,209	3	,736	,873	,456
	Dentro dos grupos	183,845	218	,843		
	Total	186,054	221			
Reinterpretação positiva	Entre grupos	2,570	3	,857	1,198	,311
	Dentro dos grupos	155,885	218	,715		
	Total	158,455	221			
Auto-culpabilização	Entre grupos	1,804	3	,601	1,092	,353
	Dentro dos grupos	120,070	218	,551		
	Total	121,874	221			
Aceitação	Entre grupos	3,144	3	1,048	1,707	,166
	Dentro dos grupos	133,811	218	,614		
	Total	136,955	221			
Expressão de sentimentos	Entre grupos	1,514	3	,505	,939	,423
	Dentro dos grupos	117,157	218	,537		
	Total	118,671	221			
Negação	Entre grupos	2,432	3	,811	1,025	,382
	Dentro dos grupos	172,361	218	,791		
	Total	174,793	221			
Auto-distração	Entre grupos	4,403	3	1,468	1,808	,147
	Dentro dos grupos	176,935	218	,812		
	Total	181,338	221			
Desinvestimento comportamental	Entre grupos	,438	3	,146	,429	,733
	Dentro dos grupos	74,157	218	,340		
	Total	74,595	221			
Uso de substâncias	Entre grupos	,023	3	,008	,074	,974
	Dentro dos grupos	22,216	218	,102		
	Total	22,239	221			
Humor	Entre grupos	8,997	3	2,999	3,333	,020
	Dentro dos grupos	196,138	218	,900		
	Total	205,135	221			

Quadro 38 - Diferenças entre grupos tendo como factor de análise o tipo de tratamento – “Hormonoterapia”.

Variável Dependente	(I) tipo de tratamento - hormonoterapia	(J) tipo de tratamento - hormonoterapia	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Humor	não fez	está a fazer	,09	,135	1,000	-,27	,45
		fez + de 1 mês	-1,18	,553	,204	-2,65	,29
		desconhecido	1,49	,675	,173	-,31	3,28
	está a fazer	não fez	-,09	,135	1,000	-,45	,27
		fez + de 1 mês	-1,27	,558	,146	-2,75	,22
		desconhecido	1,40	,680	,243	-,41	3,21
	fez + de 1 mês	não fez	1,18	,553	,204	-,29	2,65
		está a fazer	1,27	,558	,146	-,22	2,75
		desconhecido	2,67*	,866	,014	,36	4,97
	desconhecido	não fez	-1,49	,675	,173	-3,28	,31
		está a fazer	-1,40	,680	,243	-3,21	,41
		fez + de 1 mês	-2,67*	,866	,014	-4,97	-,36

Quadro 39 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise o tipo de tratamento “Hormonoterapia”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Humor”.

A estratégia “Humor” é mais utilizada pelo grupo “fez há mais de 1 mês HT” (M=3,67) do que pelo grupo “desconhecido” (M=1,00).

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Humor	não fez	142	2,49	,951	,080	2,33	2,64	1	4
	está a fazer	75	2,40	,959	,111	2,18	2,62	1	4
	fez + de 1 mês	3	3,67	,577	,333	2,23	5,10	3	4
	desconhecido	2	1,00	,000	,000	1,00	1,00	1	1
	Total	222	2,46	,963	,065	2,33	2,59	1	4

Quadro 40 - média e desvio padrão do uso da estratégia “Humor” de cada um dos grupos.

No Quadro 41 o factor de análise é “Querer Receber Apoio Psicológico”. Observam-se diferenças estatisticamente significativas no uso das estratégias “Utilizar Suporte Instrumental” $F(3,80) < 4,410$ $p < 0,025$, “Utilizar Suporte Social Emocional” $F(5,54) < 7,771$ $p < 0,005$, “Religião” $F(3,07) < 3,472$ $p < 0,05$ e “Expressão de sentimentos” $F(3,80) < 7,425$ $p < 0,005$.

		Soma dos quadrados	gL	Média dos quadrados	F	Sig.
Coping Activo	Entre grupos	,804	2	,402	,662	,517
	Dentro dos grupos	133,070	219	,608		
	Total	133,874	221			
Planear	Entre grupos	3,645	2	1,823	2,950	,054
	Dentro dos grupos	135,310	219	,618		
	Total	138,955	221			
Utilizar Suporte Instrumental	Entre grupos	6,790	2	3,395	4,410	,013
	Dentro dos grupos	168,615	219	,770		
	Total	175,405	221			
Utilizar Suporte Social Emocional	Entre grupos	13,606	2	6,803	7,771	,001
	Dentro dos grupos	191,727	219	,875		
	Total	205,333	221			
Religião	Entre grupos	5,719	2	2,859	3,472	,033
	Dentro dos grupos	180,335	219	,823		
	Total	186,054	221			
Reinterpretação positiva	Entre grupos	,301	2	,151	,209	,812
	Dentro dos grupos	158,154	219	,722		
	Total	158,455	221			
Auto-culpabilização	Entre grupos	1,118	2	,559	1,014	,365
	Dentro dos grupos	120,756	219	,551		
	Total	121,874	221			
Aceitação	Entre grupos	,634	2	,317	,509	,602
	Dentro dos grupos	136,321	219	,622		
	Total	136,955	221			
Expressão de sentimentos	Entre grupos	7,536	2	3,768	7,425	,001
	Dentro dos grupos	111,135	219	,507		
	Total	118,671	221			
Negação	Entre grupos	4,508	2	2,254	2,899	,057
	Dentro dos grupos	170,285	219	,778		
	Total	174,793	221			
Auto-distracção	Entre grupos	1,560	2	,780	,950	,388
	Dentro dos grupos	179,778	219	,821		
	Total	181,338	221			
Desinvestimento comportamental	Entre grupos	,716	2	,358	1,061	,348
	Dentro dos grupos	73,878	219	,337		
	Total	74,595	221			
Uso de substâncias	Entre grupos	,126	2	,063	,624	,537
	Dentro dos grupos	22,113	219	,101		
	Total	22,239	221			
Humor	Entre grupos	4,740	2	2,370	2,590	,077
	Dentro dos grupos	200,395	219	,915		
	Total	205,135	221			

Quadro 41 - Diferenças entre grupos tendo como factor de análise “Receber Apoio Psicológico”.

Nos Quadros 42 a 45 apresentam-se os testes de Bonferroni, para cada uma daquelas estratégias.

Variável Dependente	(I) receber apoio psicológico	(J) receber apoio psicológico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Utilizar Suporte Instrumental	sim	não	,35*	,125	,018	,05	,65
	nã responde	sim	-,03	,196	1,000	-,50	,44
		não	-,35*	,125	,018	-,65	-,05
	sim	nã responde	-,38	,197	,175	-,85	,10
		nã responde	,03	,196	1,000	-,44	,50
		nã responde	,38	,197	,175	-,10	,85

Quadro 42 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise “Receber Apoio Psicológico”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Utilizar Suporte Instrumental”.

O grupo que é favorável a receber Apoio Psicológico “Sim” (M=2,25) é o que mais utiliza a estratégia de coping “Utilizar Suporte Instrumental” em comparação com o grupo de não quer receber Apoio Psicológico “Não” (M=1,90) (ver Quadro 46).

Variável Dependente	(I) receber apoio psicológico	(J) receber apoio psicológico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Utilizar Suporte Social Emocional	sim	não	,46*	,133	,002	,14	,78
	nã responde	sim	-,16	,209	1,000	-,66	,35
		não	-,46*	,133	,002	-,78	-,14
	sim	nã responde	-,62*	,211	,011	-1,12	-,11
		nã responde	,16	,209	1,000	-,35	,66
		nã responde	,62*	,211	,011	,11	1,12

Quadro 43 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise “Receber Apoio Psicológico”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Utilizar Suporte Social Emocional”.

Quanto à estratégia “Utilizar Suporte Social Emocional”, o grupo favorável ao Apoio Psicológico “Sim” (M=2,84) e o grupo “Não responde” (M=3,00) são os que mais utilizam esta estratégia, em comparação com o grupo “Não” (M=2,38) (ver Quadro 46).

Variável Dependente	(I) receber apoio psicológico	(J) receber apoio psicológico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Religião	sim	não	,14	,129	,841	-,17	,45
		ñ responde	-,40	,202	,155	-,88	,09
	não	sim	-,14	,129	,841	-,45	,17
		ñ responde	-,54*	,204	,028	-1,03	-,04
	ñ responde	sim	,40	,202	,155	-,09	,88
	não	,54*	,204	,028	,04	1,03	

Quadro 44 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise “Receber Apoio Psicológico”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Religião”.

Quanto à estratégia “Religião”, as diferenças situam-se entre os grupos “Não” (M=3,06) e “Não Responde” (M=3,60) (ver Quadro 46).

Variável Dependente	(I) receber apoio psicológico	(J) receber apoio psicológico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Expressão de Sentimentos	sim	não	,37*	,102	,001	,13	,62
		ñ responde	-,01	,159	1,000	-,39	,37
	não	sim	-,37*	,102	,001	-,62	-,13
		ñ responde	-,38	,160	,055	-,77	,01
	ñ responde	sim	,01	,159	1,000	-,37	,39
	não	,38	,160	,055	-,01	,77	

Quadro 45 - Análise multivariada (Bonferroni) tendo como factor de análise “Receber Apoio Psicológico”, e, como variável dependente a estratégia de coping “Expressão de Sentimentos”.

Quanto à estratégia “Expressão de Sentimentos”, as diferenças observam-se entre os grupos “Sim” (favorável ao Apoio Psicológico) (M=2,35) e “Não” (M=1,98) (ver Quadro 46).

		N	Média	Desvio Padrão	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Utilizar Suporte Instrumental	sim	103	2,25	,947	,093	2,07	2,44	1	4
	não	94	1,90	,791	,082	1,74	2,07	1	4
	ñ respode	25	2,28	,891	,178	1,91	2,65	1	4
	Total	222	2,11	,891	,060	1,99	2,23	1	4
Utilizar Suporte Social Emocional	sim	103	2,84	,937	,092	2,66	3,03	1	4
	não	94	2,38	,952	,098	2,19	2,58	1	4
	ñ respode	25	3,00	,866	,173	2,64	3,36	1	4
	Total	222	2,67	,964	,065	2,54	2,79	1	4
Religião	sim	103	3,20	,890	,088	3,03	3,38	1	4
	não	94	3,06	,959	,099	2,87	3,26	1	4
	ñ respode	25	3,60	,764	,153	3,28	3,92	1	4
	Total	222	3,19	,918	,062	3,07	3,31	1	4
Expressão de sentimentos	sim	103	2,35	,737	,073	2,21	2,49	1	4
	não	94	1,98	,688	,071	1,84	2,12	1	4
	ñ respode	25	2,36	,700	,140	2,07	2,65	1	3
	Total	222	2,19	,733	,049	2,10	2,29	1	4

Quadro 46 - média e desvio padrão do uso das estratégias “Utilizar Suporte Instrumental”, “Utilizar Suporte Social Emocional”, “Religião” e “Expressão de sentimentos” de cada um dos grupos.

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos para as variáveis “Estado Civil”, “Coabitação”, “Número de Filhos”, “Sabe porque está na consulta”, “Quimioterapia” e “Cirurgia”.

Capítulo V

Discussão

Este trabalho apresenta várias limitações que necessitam de ser levadas em consideração na interpretação dos resultados.

Por se tratar de um estudo transversal, e por isso mesmo a recolha de dados ter sido feita apenas num determinado momento, não é possível estudar as estratégias de coping nas várias fases da doença. Para tal, seria necessário um estudo longitudinal, que englobasse os diferentes estados da doença e tratamentos. Além disso, os doentes alteram as suas referências ao longo do tempo, dependendo da situação em que se encontram (quer da doença, quer a nível pessoal, social, familiar) e das experiências prévias. Assim, um dado resultado pode ter um significado para o doente num determinado momento, mas um significado diferente mais tarde (Lopes, 2004). Este facto veio ainda dificultar a escolha entre estudar estratégias de coping ou estilos de coping, pois, após o diagnóstico de cancro – acontecimento traumatizante – outras situações podem ser - e são muitas vezes - igualmente acontecimentos traumatizantes (por exemplo, os diferentes tratamentos, as consultas para receber resultados de análises). No entanto, decidiu-se estudar os estilos, considerando como acontecimento de referência o facto de os indivíduos terem doença oncológica, mas abordando o modo como lidam com diferentes situações na sua vida, desde que tomaram conhecimento da sua doença.

Outra limitação é a heterogeneidade da amostra, pois os doentes seleccionados encontram-se em diferentes fases da doença e foram submetidos a diferentes tratamentos.

Em relação à validade externa, existem também limitações no que diz respeito à generalização dos resultados, pois a amostra é restrita a um único hospital, o número de participantes por grupo é reduzido (grupo com maior número de participantes: N = 64) e a amostra é de conveniência (e não aleatória), circunscrita à disponibilidade dos doentes e da própria instituição.

Apesar do objectivo inicial deste trabalho ser o estudo das diferenças de género, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos no estudo de outras variáveis, sendo estas, por isso mesmo, incluídas na discussão.

Variáveis demográficas e coping

Em relação à variável “idade”, os indivíduos mais velhos utilizam mais as estratégias de coping “Coping Activo”, “Religião”, “Aceitação” e “Uso de substâncias”, em comparação com os indivíduos mais novos que utilizam mais “Suporte Instrumental”, “Suporte Social Emocional”, “Reinterpretação positiva”, “Expressão de Sentimentos”, “Negação” e “Humor”. Estes dados poderão indicar que poderá ser mais fácil aos indivíduos mais velhos aceitarem a sua situação de doença oncológica, (o que não significa que se resignem, pois utilizam também “Coping Activo”) ao contrário dos mais novos. Estes, talvez por se encontrarem na meia idade e acharem que deveriam ter muitos anos de vida, sentir-se-ão provavelmente mais revoltados com a sua situação, dado que esta poderá ser potencialmente mortal e por isso mesmo procuram mais activamente ajuda. Além disso, os indivíduos entre os 30 e os 60 anos, têm cada vez mais a seu cargo quer os filhos, quer os pais já bastante idosos, o que traz mais uma razão para resolverem a sua situação. As diferenças estatisticamente significativas observaram-se nas estratégias “Auto-culpabilização”, mas apenas entre dois grupos etários específicos: 51-60 anos que utiliza menos esta estratégia, e, 61-70 anos que utiliza mais; “Negação” entre o grupo etário 41-50 anos que a utiliza mais comparativamente aos grupos 51-60 anos e 61-70 anos que a utilizam menos.

Na variável “género” observa-se que os homens utilizam mais as estratégias “Auto-culpabilização”, “Desinvestimento Comportamental” e “Uso de Substâncias” e as mulheres utilizam mais todas as outras. Assim, pode dizer-se que os homens utilizam mais estratégias focadas nas emoções, principalmente aquelas que levam a um retraimento, ao isolamento social e conseqüentemente a não procurar ajuda, e, as mulheres utilizam um leque mais vasto, pois utilizam igualmente estratégias focadas na emoção e no problema. No entanto, as diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres observaram-se nas estratégias “Religião” e “Negação”, ambas focadas na emoção e ambas utilizadas mais pelo grupo das mulheres. Como já foi referido anteriormente, a estratégia “Negação” é talvez uma das mais complexas de compreender, quanto à razão pela qual os indivíduos a utilizam, pois, quando é utilizada durante um curto espaço de tempo, poderá dizer-se que tem um efeito de protecção da estrutura mental, estrutura interna do indivíduo, mas, se este a utiliza continuamente, não procurando outras estratégias, então, passa a ser um entrave na procura da resolução da situação. Pode ainda ocorrer uma outra possibilidade, que será o facto de o indivíduo não aceitar a sua situação actual, negando que não há mais nada a fazer, o que o impulsiona para a resolução da sua situação. Dado os resultados entre homens e mulheres, e

porque estas estão socialmente mais direccionadas na procura activa de ajuda, a última hipótese poderá ser a que melhor explica os resultados obtidos.

Quanto à variável “Grau Académico” observa-se que quanto mais elevada é a escolaridade, menos se recorre ao uso da estratégia de coping “Religião”. Apesar de esta diferença ser a única estatisticamente significativa, obtiveram-se diferenças semelhantes (quanto maior o grau académico, menor o uso de determinada estratégia) nas estratégias “Coping Activo”, “Utilizar Suporte Instrumental”, “Utilizar Suporte Social Emocional”, “Expressão de Sentimentos”, “Negação”, “Desinvestimento Comportamental” e “Uso de Substâncias”. Por outro lado, observou-se que quanto maior o grau académico, mais as estratégias “Planear”, “Reinterpretação Positiva”, “Auto-culpabilização”, “Aceitação” e “Humor” foram utilizadas. A estratégia “Auto-distracção” é igualmente utilizada pelos 3 grupos. Assim, pode dizer-se que o grupo com menor escolaridade tende a culpabilizar-se menos, talvez por utilizar mais “Religião” e portanto não se responsabilizar tanto por aquilo que acontece na sua vida, mas antes porque “talvez tenha sido vontade de Deus”. No entanto, tem maior dificuldade em aceitar a sua situação de doença oncológica. Em contraste, o grupo com maior escolaridade utiliza menos “Religião”, o que poderá indicar que se sente mais responsável por aquilo que acontece na sua vida (como por exemplo fazer uma alimentação saudável, não fumar) e portanto utiliza formas de a planear, tentando tirar algo de positivo da sua situação, e usar “Humor”, o que poderá permitir ter maior facilidade em aceitá-la. Em ambos os grupos se observa a utilização de estratégias centradas na emoção e no problema.

Variáveis clínicas e coping

Em relação ao Diagnóstico Clínico, começando pelo grupo HCP, verifica-se que este é o grupo que mais utiliza “Uso de Substâncias”, “Auto-culpabilização”, “Suporte Instrumental” e “Aceitação” e o segundo grupo que mais utiliza “Desinvestimento Comportamental”. É também o grupo que utiliza menos “Coping Activo”, “Planear”, “Suporte Social Emocional”, “Reinterpretação Positiva”, “Expressão de Sentimentos”, “Negação”, “Auto-distracção” e o segundo grupo que menos utiliza “Religião” e “Humor”. A partir destes resultados poderá dizer-se que este será o grupo onde se verifica maior isolamento social, maior dificuldade na expressão dos seus sentimentos e na procura de ajuda, a não ser com pessoas que já passaram ou estão a passar pelo mesmo (Suporte Instrumental). A “Auto-culpabilização” nestes indivíduos foi verbalizada principalmente por “Tenho culpa porque devia ter procurado os médicos mais cedo, mas tinha vergonha”, “Talvez se não fumasse e não bebesse isto não acontecesse” ou ainda por “talvez se não tivesse tido tantas companheiras” e “acho que quando vim do Ultramar nunca mais fui o mesmo e devo ter feito qualquer coisa ou aconteceu-me qualquer coisa, mas nunca procurei ajuda”. Assim, compreende-se o uso de substâncias como forma de atenuar a culpa e todos os sentimentos e emoções, como vergonha e angústia destes indivíduos. Quanto à “Aceitação”, tendo em conta todos os resultados, parece ser utilizada numa atitude de resignação, como por exemplo “isto aconteceu-me, mas o que posso eu fazer? Não posso fazer nada”.

Em relação ao grupo HOC, verificam-se alguns resultados contraditórios, pois é o grupo que mais usa “Planear”, assim como “Desinvestimento Comportamental” (ou seja, por um lado parece tentar encontrar soluções para ultrapassar a situação, mas, por outro, parece desistir desse esforço). É o segundo grupo (a seguir ao grupo HCP) que mais usa “Auto-culpabilização” e “Uso de Substâncias”, e, a seguir ao grupo MCM, o que mais utiliza “Humor”. Ao contrário do grupo HCP, o grupo HOC é o que menos utiliza “Suporte Instrumental” e o que menos usa “Religião”, e “Aceitação”. É também o segundo grupo que menos utiliza (logo a seguir ao grupo HCP) “Coping Activo”, “Suporte Social Emocional”, “Reinterpretação Positiva”, “Expressão de Sentimentos”, “Negação” e “Auto-distracção”. Resultados que eram de esperar, tendo em conta os já obtidos no estudo da variável “género”.

Em relação ao terceiro grupo, MCM, este é o que mais utiliza “Reinterpretação Positiva”, “Auto-distracção” e “Humor”. Utiliza a “Negação” tanto quanto o grupo MOC e é o segundo grupo que mais utiliza “Coping Activo”, “Suporte Social Emocional”, “Religião” e “Expressão de Sentimentos”. É também o grupo que menos utiliza a “Auto-culpabilização” e

o segundo grupo que menos utiliza “Planear”, “Suporte Instrumental”, “Aceitação”, “Desinvestimento Comportamental” e “Uso de Substâncias”.

Finalmente, o grupo MOC é o que mais utiliza “Coping Activo”, “Suporte Social Emocional”, “Religião” e “Expressão de Sentimentos” e o segundo grupo que mais utiliza “Planear”, “Suporte Instrumental”, “Reinterpretação Positiva”, “Aceitação” e “Auto-distracção”. É também o grupo que menos utiliza “Desinvestimento Comportamental”, “Uso de Substâncias” e “Humor” e o segundo grupo que menos utiliza “Auto-culpabilização”.

As diferenças estatisticamente significativas surgem nas estratégias: “Religião” entre o grupo HOC (que menos a utiliza) e os grupos MCM e MOC (que mais a utilizam), e a “Aceitação”, entre o grupo HOC (que menos a utiliza) e os restantes grupos.

Tendo em conta os resultados, e visto que um dos objectivos deste trabalho era a comparação dos diferentes grupos, pode dizer-se que, embora não existam diferenças estatisticamente significativas, em termos de estilos de Coping, ou seja, em termos de lidar com a doença, entre os grupos HCP e HOC, o último grupo parece utilizar estratégias mais adaptativas e que portanto facilitam a sua adaptação à situação de doença oncológica, enquanto que o grupo HCP tende a utilizar estratégias que, não só não facilitam a sua adaptação, como também contribuem para o isolamento social, o que, entre outras consequências, poderá levá-los a procurar ajuda médica mais tarde do que seria de esperar, contribuindo para uma maior evolução da sua doença sem cuidados médicos.

Quanto aos grupos MCM e MOC, verifica-se que o último grupo parece ser aquele que melhor lida com o facto de ter doença oncológica, visto utilizar maioritariamente, as estratégias consideradas como mais adaptativas, ou, dito de outra forma, as que permitem a melhor adaptação à sua situação. Embora o grupo MCM também utilize algumas dessas estratégias, tende a utilizar outras que não favorecem tanto a adaptação à situação, como por exemplo a “Auto-distracção”, tendo sempre em conta que esta apreciação poderá não se adaptar a todos os contextos (como anteriormente referido).

Em relação à variável “Tempo de Tratamento”, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos na estratégia “Planear” entre o grupo 8-11 meses que mais utiliza esta estratégia e o grupo 12-15 meses, segundo grupo que menos a utiliza. Pode observar-se também, ainda que estes dados não sejam estatisticamente significativos, que os indivíduos que estão em tratamento há menos de 12 meses são os que mais utilizam “Planear”, “Suporte Social Emocional” e “Uso de Substâncias”, e, os que menos utilizam “Desinvestimento Comportamental”. Poderá dizer-se que estes dados indicam uma tentativa activa na procura de apoio social, o que supostamente facilitará uma melhor adaptação à

situação, embora o uso de substâncias possa indicar dificuldades nessa adaptação; outra ilação que se pode tirar da observação dos resultados, é que os indivíduos que estão em tratamento entre 8 e 11, 12 e 15 e 16 e 19 meses são os que mais utilizam “Suporte Instrumental”; e os que estão em tratamento entre 8 e 11, 12 e 15, 16 e 19 e 20 e 23 meses são os que utilizam mais “Aceitação”.

No estudo da variável “Radioterapia”, os resultados estatisticamente significativos surgiram na estratégia “Uso de Substâncias”, onde se observa que o grupo que mais a utiliza é o dos indivíduos que estavam a fazer radioterapia no momento da entrevista, comparativamente com os outros três grupos, que utilizam esta estratégia muito menos e cujas médias estão abaixo da média total da amostra. Outros dados que se puderam observar, ainda que não fossem estatisticamente significativos, surgiram nas estratégias: “Planear”, cujos indivíduos que já tinham feito radioterapia (quer há mais ou há menos de um mês) foram os que mais utilizaram esta estratégia, assim como as estratégias “Utilizar Suporte Instrumental” e “Auto-distração”; “Suporte Social Emocional” e “Negação” que foram mais utilizadas pelos indivíduos que estavam a fazer, ou tinham feito radioterapia há menos de um mês; quanto à estratégia “Reinterpretação Positiva” observou-se que, quem não fez radioterapia foi quem mais a utilizou, seguindo-se o grupo que tinha feito há mais de um mês, depois o grupo que tinha feito há menos de um mês e finalmente o grupo que estava a fazer radioterapia foi o que menos utilizou aquela estratégia.

Em relação à variável “Hormonoterapia”, os resultados estatisticamente significativos surgiram apenas na estratégia “Humor” entre o grupo que tinha feito este tratamento há mais de um mês (que mais utilizou) e o grupo “desconhecido” (que menos utilizou). De referir ainda outros dados que se puderam observar em algumas estratégias, entre o grupo que estava a fazer hormonoterapia e o grupo que tinha feito há mais de um mês: a estratégia “Planear” foi a mais utilizada pelo grupo que tinha terminado há mais de um mês, e a menos utilizada por quem estava a fazer; a estratégia “Reinterpretação Positiva” foi a mais utilizada pelo grupo que tinha terminado hormonoterapia há mais de um mês, e a menos utilizada pelo grupo que estava a fazer; a estratégia “Uso de Substâncias” foi a mais utilizada pelo grupo que estava a fazer hormonoterapia e a menos utilizada por quem já tinha terminado. Tendo em conta que a terapêutica hormonal se estende por períodos longos e que, quando é cessada, geralmente significa que a doença entrou em remissão, são compreensíveis os dados obtidos.

Finalmente, em relação à variável “Receber apoio psicológico” os resultados estatisticamente significativos surgiram em quatro estratégias: “Utilizar Suporte Instrumental”, “Utilizar Suporte Social Emocional”, “Religião” e “Expressão de

Sentimentos”. Na primeira estratégia, as diferenças verificaram-se entre o grupo favorável ao apoio psicológico, que mais a utilizou, e o grupo que não queria apoio psicológico, que menos a utilizou. Estes resultados contribuem para a validade da consistência interna do questionário, pois o apoio psicológico é uma estratégia de Suporte Instrumental. Na segunda estratégia acima referida, as diferenças observam-se entre o grupo que não quer apoio psicológico (que utiliza menos a estratégia) e os outros dois grupos: o que não responde (que mais utiliza “Suporte Social Emocional”) e o que quer apoio psicológico. Quanto à estratégia “Religião”, o grupo que mais a utiliza é o que não responde, seguindo-se o grupo que quer apoio e finalmente o grupo que não quer apoio. As diferenças estatisticamente significativas observam-se entre os grupos “não responde” e “não quer apoio psicológico”. Em relação à estratégia “Expressão de Sentimentos”, é uma vez mais o grupo que não responde que mais a utiliza, seguindo-se o grupo que quer apoio e finalmente o que não quer apoio. As diferenças estatisticamente significativas verificaram-se entre os dois últimos grupos referidos. Outros dados que se observaram entre estes grupos foram: o grupo favorável a apoio psicológico é o que menos utiliza “Coping Activo”, “Auto-distracção”, “Aceitação” e “Humor”, e é também o que utiliza mais “Planear”, “Auto-culpabilização”, “Negação”, “Desinvestimento Comportamental” e “Uso de Substâncias”. O grupo que não quer apoio psicológico é o que mais usa “Reinterpretação Positiva” e “Humor” e o que menos utiliza “Auto-culpabilização”, “Negação” e “Desinvestimento Comportamental”, ou seja, o que menos utiliza as estratégias que remetem para o isolamento social e para sentimentos de angústia e vergonha.

Tendo em conta os resultados obtidos, deverá considerar-se que nem todos os indivíduos necessitam de apoio psicológico (talvez porque as estratégias que adoptaram são as que melhor os ajudam a lidar com o facto de terem cancro), e que aqueles que o procuram, o fazem para tentarem arranjar outras estratégias que permitam uma melhor adaptação à doença.

Capítulo VI

Conclusão

Os resultados deste estudo apoiam as conclusões de trabalhos anteriores, nos quais as mulheres estão mais aptas a lidar com a sua doença mais facilmente do que os homens, utilizando um maior leque de estratégias que lhes permite lidar com as suas emoções e procurando cuidados médicos mais cedo.

A doença oncológica (e tudo o que lhe está inerente) tem diferentes repercussões na vida de cada pessoa. Cada indivíduo percebe os efeitos da doença de modo singular. Contudo, quando se comparam os dois grupos de mulheres, observa-se que as mulheres com cancro da mama utilizam um conjunto de estratégias menos adaptativas do que as mulheres com outro tipo de cancro; e, quando se comparam os grupos de homens, verifica-se que os homens com cancro da próstata são os que utilizam um conjunto de estratégias menos adaptativas, ou, por outras palavras, os que têm maior dificuldade em lidar com a sua doença.

A realização de estudos que perspectivem o bem-estar psicológico dos doentes com cancro é importante para melhorar os cuidados destes mesmos doentes.

Este trabalho poderá ser útil no que diz respeito à planificação e intervenção de suporte psicossocial nesta população.

Bibliografia

- Almeida, P. J., Reis, I. L., & Norton, L. (2000). Apoio psicossocial e adaptação psicológica de crianças sobreviventes de leucemia. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. R. Dias, (Eds), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp381-389). Lisboa: ISPA.
- American Cancer Society (2005); *Cancer Facts and Figures*; Atlanta, Ga: *American Cancer Society*.
- Anagnostopoulos, F.; Vaslamatzis, G.; Markidis, M.(2004); Coping Strategies of Women with Breast Cancer: A Comparison of Patients with Healthy and Benign Controls. *Psychother Psychosom*; 73:43-52 (DOI: 10.1159/000074439)
- Antoniazzi, Adriane Scomazzon, Dell’Aglia, Débora Dalbosco e Bandeira, Denise Ruschel. (1998); The concept of coping: a theoretical review. *Estud. psicol. (Natal)*, July/Dec., vol.3, no.2, p.273-294. ISSN 1413-294X.
- Baile, Walter F.; Lenzi, Renato; Parker, Patricia A.; Buckman, Robert & Cohen, Lorenzo (2002); Oncologists’ attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study; *Journal of Clinical Oncology*, Vol 20, No 8, pp 2189-2196
- Beresford, B. A. (1994); Resources and strategies: how parents cope with the care of a disable child; *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- Bishoff, J. T.; Motley, G.; Optenberg, S. A. et al. (1998); Incidence of fecal and urinary incontinence following radical perineal and retropubic prostatectomy in a national population; *J Urol* 160 (2): 454-8.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol’s too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 91-100.
- Carver, C. S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintrub, J. (1989); Assessing coping strategies: A theoretically based approach; *Journal of Personality and Social Psychology* 56(2), 267-283.
- Chodak, G. W.; Thisted, R. A.; Gerber, G. S. et al. (1994); *Results of conservative management of clinically localized prostate cancer*. *N Engl J Med* 330 (4): 242-8.
- Culver, Jenifer L.; Arena, Patricia L.; Antoni, Michael H.; Carver, Charles S.; (2002); Coping and distress among women under treatment for early breast cancer: comparing african americans, hispanics and non-hispanic whites; *Psycho-Oncology*, 11: 495-504
- Cunningham, Alastair J.; Psychological Events and the “Spontaneous” Regression of cancer (2006); Volume 6, Number 4; www.humanehealthcare.com/Article.asp?art_id=286

- Daniell, H. W.; Osteoporosis after orchiectomy for prostate cancer. (1997); *J Urol* 157 (2): 439-44.
- Dias, Maria do Rosário; Durá, Estrella (2002); Territórios da Psicologia Oncológica; 1ª Edição, Lisboa; Climepsi Editores.
- Dupuis, Michel; Porée, Jérôme; Cantista, Maria José e col. (2001); Dor e Sofrimento – Uma perspectiva interdisciplinar; 1ª Edição; Campo das Letras.
- Endler, N.; Parker, J. & Summerfeldt, L. (1998); Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure; *Psychological Assessment*, 10(3), 195-205.
- Epping-Jordan, J.E.; Compass, B.E.; Osowiecki, D.M.; et al.1999. Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychol* 18:315–326.
- Faria, C.& Xarepe, F. (2000). Dor de peito; mal de amor. In Ribeiro, J., Leal, L., & Dias, R. (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (PP.241-252). Lisboa ISPA.
- Fogel, Joshua (2004); Internet breast health information use and coping among women with breast cancer; *CyberPsychology & Behavior*, Vol 7, number 1, 59-63
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1980); An analisys of coping in a middle aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985); If it changes it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Freud, S. (1933); New intriductory lectures on psychoanalysis. New York: Norton.
- Garnick, M. B. (1993); Prostate cancer: screening, diagnosis, and management; *Ann Intern Med* 118 (10): 804-18.
- Gianini, Marcelo (2002); Câncer e Género: Enfrentamento da Doença; www.sbpo.org.br/producao/cancer_genero.pdf
- Haan, N. (1977); Coping and defending: processes of self-enviroment organization. *Academy Press*: New York.
- Hamilton, A. S.; Stanford, J. L.; Gilliland, F. D. et al. (2001); Health outcomes after external-beam radiation therapy for clinically localized prostate cancer: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *J Clin Oncol* 19 (9): 2517-26.
- Hack & Degner, 2004; Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later; *Psychooncology*. Apr;13(4):235-47.

- Harcort, D.; Rumsey, N. & Ambler, N. (1999); Same day diagnosis of symptomatic breast problems: psychological impact and coping strategies; *Psychology, Health & Medicine*, Vol 4, NO 1, 58-71
- Heim, E.; Valach, L.; Schaffner, L. (1997); Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer; *Psychosomatic Medicine*, Vol 59, Issue 4 408-418.
- Helgesen, F.; Holmberg, L.; Johansson, J. E. et al. (1996); Trends in prostate cancer survival in Sweden, 1960 through 1988: evidence of increasing diagnosis of nonlethal tumors. *J Natl Cancer Inst* 88 (17): 1216-21.
- Houts, P., Ruseenas, I., Simmonds, M., & Hufford, D. (1991). Information needs of families of cancer patients: a literature review and recommendations. *Journal Cancer Educ*, 6(4), 255-261.
- Institute of Medicine of The National Academy of Sciences (2001); Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences; *NATIONAL ACADEMY PRESS*.
- Kim, Youngmee; Valdimarsdottir, Heiddis B.& Bovbjerg, Dana H. (2003); Family histories of breast cancer, coping styles and psychological adjustment; *Journal of Behavioral Medicine*, Vol 26, No 3, pp 225-243
- Kurth, Karl H.; Mickisch, Gerald H. & Schröder, Fritz, H.(2001); Renal, bladder, prostate and testicular cancer: an update: the proceedings of the VIth Congress on Progress and Controversies in Oncological Urology (PACIOU VI); The Parthenon Publishing Group Inc.
- Lazarus, R.; DeLongis, A.; Folkman, S. & Gruen, R. (1985). Stress adaptional outcomes: the problem of confounded measures; *American Psychologist*, 40(7), 770-779.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984); Stress appraisal and coping; New York: Springer.
- Lewis, F.; Ellison, E., & Woods, N. (1985). The Impact of Breast Cancer in the Family. *Seminars in Oncology Nursing*, 1(3), 206-213.
- Livneh, Hanoch (2000); Psychosocial Adaptation to Cancer: The Role of Coping Strategies; *Journal of Rehabilitation*; www.findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_2_66
- Lopes, Helena Marta Baltar (2004); Qualidade de vida, respostas emocionais e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico e da mama: um estudo comparativo; Universidade do Porto.

- Massie, M. (1989). Somatoform Disorders and Câncer. In Jimmie Holland & Julia Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (pp.317-319). New York: Oxford University Press.
- McLachlan, Sue-Anne; Allenby, Ann; Matthews, Jane et al. (2001); Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patient self-assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer; *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, No 21, pp 4117-4125
- National Cancer Institute (2005); Normal Adjustment and the Adjustment Disorders; www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/healthprofessional/allpages
- Northouse, L. (1995). The impact of Cancer in Women on the family, *Cancer Practice*, 3(3), 134-142.
- Parker, J. & Endler, N. (1992); Coping with coping assessment: a critical review; *European Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87.
- Pisansky, T. M.; Kahn, M. J.; Rasp, G. M.; et al. (1997); A multiple prognostic index predictive of disease outcome after irradiation for clinically localized prostate carcinoma. *Cancer* 79 (2): 337-44.
- Potosky, Arnold L.; Knopf, Kevin; Clegg, Limin X. et al. (2001); Quality-of-Life outcomes after primary androgen deprivation therapy: results from the prostate cancer outcomes study; *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, No 17, pp3750-3757
- Poulson, M. Jane (2001); Not just tired; *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, No 21, pp 4180-4181
- Prostate Cancer: General Information* (2005); www.acor.org/cnet/62910.html
- Ptacek, J. T. & Ptacek, John J. (2001); *Patients' perceptions of receiving bad news about cancer*; *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, No 21, pp 4160-4164
- Quivy, Raymond; Campenhout, Luc Van (1995); *Manual de Investigação em Ciências Sociais*; 2ª Edição: Janeiro de 1998; Gradiva – Publicações, L.^{da}.
- Ribeiro, José Luís Pais (1999); *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*; 1ª Edição, Lisboa; Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. Pais & Rodrigues, A. P. (2004); Questões acerca do coping; a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE; (in press) cedido pelo autor
- Rubin, H. H. (2001); Hope and ways of coping after breast cancer; Faculty of Arts at the Rand Afrikaans University.

- Sala, Viviana (2000); Estilos de afrontamiento, planificación terapéutica. Abordaje precoz del paciente Oncológico; http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?estado=ver&id=65&x=64&y=8
- Schnipper, Hester Hill (2001); Life after breast cancer; *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, No 15, pp 3581-3584
- Schover, Leslie R. (1991); The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships; *CA-A Cancer Journal for Clinicians*, Vol 41, No 2, pp 112-120
- Seidl, Eliane Maria Fleury, Troccoli, Bartholomeu T. and Zannon, Célia Maria Lana da Costa (2001); Factorial Analysis of a Coping Measure. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Sept., vol.17, no.3, p.225-234. ISSN 0102-3772.
- Sigmon, Sandra T. (1995); Gender differences in coping: a further test of socialization and role constraint theories; *Sex Roles: A Journal of Research*; www.findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_n9-10_v33/ai_18035131/print
- Soliday, Elizabeth; Garofalo, John P.; Smith, Suzanne R.; Prostko, Rebecca A.; Warner, Richard R.P. (2004); Psychosocial Functioning of Carcinoid Cancer Patients: Test of a Stress and Coping Mediated Model; *Journal of Applied Biobehavioral Research*, Volume 9, Number 3, July, pp. 156-171(16).
- Tross, S., & Holland, J., (1989). Psychological Sequelae in Cancer Survivors. In Jimmie Holland & Julia Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (pp.101-116). New York: Oxford University Press.
- Vaillant, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Vedhara, K., Bennett, P., Brooks, E., Gale, L., Munnoch, K., Schreiber-Kounine, C., Fowler, C., Sammon, A., Rayter, Z., & Farndon, J. (2001). Risk factors for psychological morbidity in women attending a one-stop diagnostic clinic with suspected breast disease. *Psychology and Health*, 16, 179-190.
- Workshop Report (2004); Promoting Men's Health: Addressing Barriers to Healthy Lifestyle and Preventive Health Care; *International Longevity Center*.
- Zakowski SG, Harris C, Krueger N, Laubmeier KK, Garrett S, Flanigan R, Johnson P. (2003); *Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients.*; www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=14606973&itool=iconabstr

Zinreich, E. S., Derogatis L. R., & Herpst, J. (1990) Pré and posttreatment evaluation of sexual funtion in patients with adenocarcinoma of the prostate. *In J Radiation Oncology Biol Phys*, 19, 729-732.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo pretende comparar estratégias que homens e mulheres utilizam para lidar com a sua doença. Consideramos esta investigação importante, pois com estes conhecimentos, poderemos dar um melhor serviço a pessoas que se encontrem nessa situação. Para tal, necessitamos da sua participação. Esta consistirá em responder a questões colocadas pela investigadora, assim como o preenchimento de um questionário.

Não existem respostas certas nem erradas. Todos os dados recolhidos são confidenciais e apenas a investigadora terá acesso a esses mesmos dados. Se decidir não participar ou desistir a meio, não haverá qualquer problema, tendo toda a liberdade para fazê-lo.

Poderá ter acesso aos resultados da investigação quando esta estiver terminada, tendo para tal que se informar junto da investigadora.

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo indicado e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu, _____ tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no estudo. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura _____ data ____/____/____

ANEXO 2

Entrevista

DADOS PESSOAIS

Data de nascimento ____/____/_____

Género ____

(1 – M; 2 – F)

Estado Civil ____

(1-casado(a), 2-união de facto, 3-solteiro(a), 4-divorciado(a), 5-viúvo(a), 9-ñ responde; 0-ñ quer responder)

Com quem vive____

(1-sozinho; 2-cônjuge ou companheiro; 3-cônjuge ou companheiro e filhos; 4-filhos; 5-pais; 6-pais e irmãos; 7-outros; 9 – ñ responde; 0 ñ quer responder)

Nº de filhos____

(1-0; 2-1; 3-2; 4-3; 5-4; 6-5; 7 – outro; 9 - ñ responde; 0 – ñ quer responder)

Profissão _____

Grau académico _____

(1 – iletrado; 2 – até à 4ª classe ; 3 – até 12º ano; 4 – ensino superior; 9 – ñ responde; 0 – ñ quer responder)

DADOS DA DOENÇA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO (MÉDICO) _____

(1-HCP; 2-HOC; 3-MCM; 4-MOC)

Q doença tem? (por q está aqui?) (DOENTE) _____

(1-sabe e verbaliza; 2-sabe mas ã verbaliza; 3-ã sabe; 9-ã resp; 0- ã quer resp)

Há quanto tempo foi diagnosticado _____

(1- 0-3M; 2-4-7M; 3-8-11M; 4-12-15M; 5-16-19M; 6-20-23M; 7- +24M 9-ã resp; 0-ã quer resp)

Há quanto tempo está em tratamento _____

(1- 0-3M; 2-4-7M; 3-8-11M; 4-12-15M; 5-16-19M; 6-20-23M; 7- +24M 9-ã resp; 0-ã quer resp)

Tipo de tratamento: QT____ RT____ C____ HT____

(1-ã fez; 2-está a fazer; 3-fez - 1 mês; 4-fez + 1 mês; 0-ã quer responder 9-desconh

Gostaria de receber apoio psicológico _____

(1 – s; 2 – ã; 9-ã responde; 0-ã quer responder)

ANEXO 3

Questionário

Os itens abaixo relacionam-se com modos de lidar com o stress na sua vida, desde que descobriu que estava doente. Há muitas maneiras de tentar lidar com os problemas e obviamente que diferentes pessoas lidam com os problemas de maneiras diferentes. Gostaria de conhecer a maneira como tem lidado com as situações que lhe têm surgido. Este questionário é anónimo. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor preencha-o o mais honestamente possível, pois assim, os dados colhidos serão mais exactos. Demore o tempo que for necessário. Se tiver dúvidas, coloque-as à investigadora. Obrigada pela sua participação.

0 - Nunca faço isto

1 - Por vezes faço isto

2 - Muitas vezes faço isto

3 - Faço sempre isto

1 - Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação _____

2 - Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho) _____

3 - Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade” _____

4 - Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas _____

5 - Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos) _____

6 - Desisto de me esforçar para obter o que quero _____

7 - Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação _____

8 - Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo _____

9 - Fico aborrecido e expesso os meus sentimentos (emoções) _____

10 - Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo _____

11 - Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor _____

12 - Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva _____

13 - Faço críticas a mim próprio _____

14 - Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer _____

15 - Procuro o conforto e compreensão de alguém _____

16 - Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo _____

17 - Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer _____

18 - Enfrento a situação levando-a para a brincadeira _____

- 19 - Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras _____
- 20 - Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer _____
- 21 - Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento _____
- 22 - Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual _____
- 23 - Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação _____
- 24 - Tento aprender a viver com a situação _____
- 25 - Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação _____
- 26 - Culpo-me pelo que está a acontecer _____
- 27 - Rezo ou medito _____
- 28 - Enfrento a situação com sentido de humor _____